



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

- 165 Editorial
- 166 Reconstrucción vulvar en patología oncológica
- 170 Procedimientos reconstructivos en cirugías oncológicas de cabeza y cuello
- 178 Cirugía oncoplastica de tórax: criterio en la toma de decisiones
- 183 Pexia de ceja vía transpalpebral
- 187 Primera Encuesta Nacional de Procedimientos Quirúrgicos y no Quirúrgicos Realizados por Cirujanos Plásticos Argentinos. Período 2004, Resultados y Conclusiones.
- 193 Actividades Científicas SACPER
- 195 Actividades Científicas Filiales

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 Viñal

#### Video

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

#### Estudio de Examen

#### Unico 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. Victor Oscar Vassaro

#### Historia de la SACPER

**Coord.:** Dr. Fortunato Benáim  
Dr. Ulises de Santis  
Dr. Eduardo Marino

#### Comité de Recertificación

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

#### Parlamentario

Dr. Héctor Marino (h)

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

**Asesor:** Dr. Rodolfo Rojas  
**Directora General:**

Dra. Susana Ruiz  
**Coordinadora General:**  
Dra. Martha Mogliani  
**Coordinadora Científica:**

Dra. Angélica Nagahama

#### Secretario:

Dr. Carlos Perroni

#### Tesorero:

Dr. Francisco Famá

#### Secretaria de Relaciones

**Públicas:** Dra. Paulina Iwanyk

#### Representantes Regionales:

Buenos Aires: Dra. Mirta Moreno  
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 Reconstructiva

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

## Sociedades Filiales Años 2004-2005

### Sociedad de Cirugía Plástica de Buenos Aires

Av. Santa Fe 1611- 3° (1060) Capital Federal  
Tel: 4816-3757/ 0346- Fax: 4816-0342  
Presidente: 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

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



# Editorial

---

Otro año más y van..., uno se tienta en decir "cómo pasan los días cada vez más rápido". En realidad, es así? La duración de los días, ha variado?, pasan más rápido? O somos nosotros los que estamos más apurados, corriendo. Nos hemos preguntado detrás de qué estamos corriendo?

Estamos viajando desde que nacemos en una especie de globo que gira en el universo, alrededor del sol y éste a su vez gira, y vamos evolucionando, aprendiendo. Es como en una montaña rusa, empieza lento como nosotros, hasta una determinada edad; pero a medida que crecemos y avanzamos vamos ganando velocidad igual que en el juego ¡tal velocidad!, que si no encontramos nada que nos frene sobreviene el desastre y nos pasa que estamos transitando por la vida sin darnos cuenta, porque vivir es un arte, en el cual somos autodidactas. Somos listos pero todavía no somos sabios en el vivir la vida.

Podríamos detenernos por unos instantes y averiguar, en líneas generales, qué porcentaje de nuestras vidas hemos dedicado al crecimiento espiritual, a nuestro desarrollo como personas, cuánto tiempo invertimos en cambiar la realidad externa sin darnos cuenta que primero tenemos que cambiar la realidad interna.

Cuánto tiempo invertimos en conseguir y mantener cosas y objetos materiales, que en general, en lugar de servirnos a nosotros tenemos que servirles a ellos, mantenerlos, cambiarlos, etc.

Bueno, no quiero, queridos lectores, abrumarlos. Junto con un deseo de armonía, paz y amor para este año que se inicia les dejo unas reflexiones:

- Ahora estoy demasiado ocupado. Seré feliz cuando tenga éxito.
- Hoy no es un buen día. Seré feliz mañana.
- Me preguntas qué es la vida? Y te respondo: es riesgo, conquista, poder, competencia... Y la felicidad?, Bueno ya veré dónde la ubico.

*La gente viaja para maravillarse*

*Ante las cumbres de las montañas*

*Ante las olas enormes de los mares*

*Ante las grandes cauces de los ríos*

*Ante la vasta extensión del océano*

*Ante el movimiento circular de los astros*

*Y pasan ante ellos mismos sin maravillarse.*

*(San Agustín)*

Que el año próximo sea próspero para nuestro espíritu, para nuestra vida y la de nuestro prójimo. Que podamos pasar por al lado de él y que no nos sea indiferente. Que la paz en el mundo sea un hecho, que el hambre deje de existir y que la solidaridad se adueñe de cada uno de nosotros. Estos son mis deseos

Feliz Año 2006!!

**M.O.M.**



# Reconstrucción vulvar en patología oncológica

Dres. Sergio Mur\*, Ariel Moreno\*\*, Teresita Cravino\*\*

\* Médico residente

\*\* Jefe de Residentes

\*\*\* Médico de planta Sector Reconstructiva

Jefe de División Cirugía Plástica: Dr Oscar Zimman

División Cirugía Plástica. Hospital de Clínicas "José de San Martín"

## Resumen

El manejo del cáncer ginecológico y en particular el de vulva, se ve caracterizado en los últimos años por un diagnóstico más precoz y en una población más joven. A su vez, el tratamiento quirúrgico ha tendido hacia procedimientos ablativos más seguros y menos radicales, que preservan la función sin sacrificar la curabilidad.

Por lo tanto el objetivo del cirujano plástico en la reconstrucción(4) debe ser:

- Minimizar la deformidad
- Disminuir las consecuencias psicosexuales del tratamiento
- Mantener la Función sexual
- Mantener la integridad intestinal y urinaria

Por lo tanto se debe planificar cuidadosamente la reconstrucción.

El cáncer de vulva representa el 3-5% de todos los cánceres del aparato genital femenino y el 1 % de los cánceres de la mujer.(1)

## Summary

The handling of the gynecological cancer and specially of vulva, is characterized in the last years by a precocious diagnosis and in one more a younger population. As well, the surgical treatment has tended towards procedures safer ablatives and less radical, than they preserve the function without sacrificing the curability. Therefore the objective of the plastic surgeon in the reconstruction must be: To diminish the deformity diminish the psicosexual consequences of the treatment. maintain the sexual function maintain intestinal and urinary integrity. Therefore is due to plan the reconstruction carefully. The

Cancer of vulva represents the 3-5% of all the cancers of the feminine genital apparatus and 1 % of the cancers of the woman.

## Indicaciones de vulvectomía simple

- Neoplasia intraepitelial vulvar (VIN)
- Carcinoma in-situ
- Enfermedad de Bowen
- Eritroplasia
- Carcinoma basocelular
- Leucoplasia grado III
- Papilomatosis florida o carcinoma verrugoso
- Lesiones crónicas e invalidantes
- Secuelas cicatrizales

## Indicaciones de vulvectomía radical

- Carcinoma invasor de vulva
- Melanoma (niveles III y IV de Clark)
- Sarcomas de vulva

## Reconstrucción de vulvectomía simple

- Cierre simple
- Colgajos genitocrurales (4,10)
- Colgajo del surco glúteo



## Reconstrucción de vulvectomía radical

### • Colgajos locales

Colgajos genitocrurales(8)  
Colgajo del surco glúteo

### • Colgajos regionales

Colgajo musculocutáneo del recto interno del muslo(7)  
Colgajo musculocutáneo del tensor de la fascialata  
Colgajo musculocutáneo del recto anterior del abdomen(9)

### • Colgajos libres

## Paciente y método

Se presenta un paciente de sexo femenino de 57 años operado por la División de Ginecología del Hospital Escuela "José de San Martín" en el año 2003 por presentar un carcinoma escamoso invasor de vulva estadio II que afectaba labios mayores, labios menores y piel, respetando la vagina (Foto 1); sin tratamiento adyuvante previo. Se realizó una vulvectomía radical con linfadenectomía (Foto 2) y reconstrucción inmediata, que por norma de la División de Cirugía Plástica se llevó a cabo con colgajos fascio-cutáneos genitocrurales, previamente marcados con pedículo posterior basados en la arteria perineal superficial (Foto 3).

Técnicamente se labraron dos colgajos de transposición con base posterior y rotación interna (Fotos 4 y 5). El cierre se realizó por planos uniendo el colgajo al introito vaginal y a la piel sana y se dejaron dos drenajes que salieron por la herida (Foto 6).

Dentro de los cuidados postoperatorio se incluyó reposo en cama por tiempo indeterminado, antibióticos sistémicos, extracción del drenaje según el débito y drenaje linfático a partir de la segunda o tercera semana.

## Irrigación del perineo

Existen dos pedículos principales que son: a) Pedículo anterior de la arteria pudenda externa profunda, rama de la arteria femoral, que perfora la aponeurosis del músculo abductor, largo a 8-10 cm de la sínfisis pubiana, para hacerse superficial dando ramas al abdomen y la rama perineal que toma el nombre de arteria labial anterior. b) Pedículo posterior de la arteria pudenda interna, rama de la arteria hipogástrica, que corre por la cara interna del músculo obturador en un repliegue aponeurótico llamado "canal de Alcock", junto a la vena y el nervio pudendo interno, se superficializa en el perineo a nivel de la tuberosidad isquiática donde da la arteria perineal superficial que constituye el pe-

dículo principal posterior del periné. Esta arteria da tres ramas terminales; dos anteriores: las arterias labiales posterior interna y externa, que al anastomosarse con la arteria labial anterior constituyen un plexo suprafacial base de los colgajos genitocrurales y una rama posterior, la arteria perineal transversa que se constituye en la base del colgajo del surco glúteo.(2)

Los pedículos accesorios que también intervienen en la irrigación del perineo anterior son ramas de: arteria obturatriz, arteria circunfleja femoral y arteria del ligamento redondo. El drenaje venoso es dependiente de las venas de los pedículos principales.

La inervación es provista por la rama perineal del nervio pudendo interno (rama del plexo sacro), y por las ramas genitocrurales (rama del plexo lumbar).

## Discusión

La lesión maligna predominante es el carcinoma escamoso, seguido por la neoplasia intraepitelial vulvar, que puede presentarse como la variedad multicéntrica. Entonces el método ideal de reconstrucción será el que:

- Debe permitir la restitución inmediata de la anatomía
- Debe minimizar la morbilidad de la paciente y no plantear riesgos potencialmente fatales.
- El tejido donante debe ser prescindible y transferible.

Cuando el defecto es pequeño podemos optar por el cierre simple, pero cuando la resección corresponde a una hemivulvectomía o a una vulvectomía radical, se requerirá de colgajos para su reconstrucción.(3,5,6)

Por lo tanto debemos conocer muy bien la anatomía de la región perineal para poder seleccionar el tipo de reconstrucción, recordando que en muchos casos se realizará concomitantemente resección linfoganglionar; o haya recibido o recibirá radioterapia.

El perineo es el conjunto de partes blandas situadas por debajo del diafragma pelviano (elevador del ano y el isquio-coxígeo) que se constituye en su límite superior, el inferior y a ambos lados se encuentran los pliegues genitocrurales y los bordes internos del glúteo mayor; hacia delante la sínfisis del pubis; y atrás el coxis.

En posición ginecológica se puede dividir por una línea bisquiática en perineo anterior o ginecológico y perineo posterior o proctológico.

En el perineo anterior hay que recordar a los músculos superficiales y aponeurosis: a) Músculo transverso superficial; b) Músculo isquiocavernoso; c) Múscu-

lo bulvocavernoso; y en profundidad la aponeurosis perineal media, que cubre al músculo transverso profundo del perine.

FOTO

1



FOTO 1. PIEZA OPERATORIA. INVASIÓN TUMORAL DE LA HORQUILLA VULVAR.

FOTO

2



FOTO 2. DEFECTO PRIMARIO DE LA RESECCIÓN. CONSERVACIÓN DE LA VAGINA. URETRA TUTORIZADA.

FOTO

3



FOTO 3. MARCACIÓN DE LOS COLGAJOS A PEDÍCULO POSTERIOR CON REPARO EN LA TUBEROSIDAD ISQUIÁTICA.

FOTO

4



FOTO 4. CONFECCIÓN DE LOS COLGAJOS FASCIOCUTÁNEOS.

FOTO 5



FOTO 5. TRANSPOSICIÓN DE LOS COLGAJOS PRESENTADOS PARA CIERRE POR PLANOS, ROTACIÓN INTERNA DE LOS COLGAJOS POSTERIORES.

FOTO 6



FOTO 6. CIERRE DE PLANOS DE LOS COLGAJOS ENTRE SÍ Y AL INTROITO. DRENAJES SALEN POR LA HERIDA.

## Bibliografía

1. Botella Llusá - Clavero Nuñez . Tratado de Ginecología ; Tomo I, Fisiología Femenina. Editorial Científico Médica. 1978. Pp 149 – 163.
2. Giraldo, F., Mora, M. J., Solano, A., Abehsera, M., Ferron, M., and Smith, J. M. Anatomic study of the superficial perineal neurovascular pedicle: Implications in vulvoperineal flap design. *Plast. Reconstr. Surg.* 99:100, 1997.
3. Grabb's Encyclopedia of Flaps. Volume III. Torso, Pelvis and Lower Extremities. Editors: Strauch B. M.D., Vasconcel LO. M.D., Hall-Findlay E.J. M.D.. Lippincott-Raven 1998. Chapters: 373, 376, 377, 378, 379, 380, 383,384.
4. Laguinge R, Di Paola G, Itala J, et al. Cirugía reparadora de patología vulvar en la mujer joven. *Rev. Arg. Cir. Plast.* 1980; 39-2.
5. Martello JY, Vasconez HC: Vulvar and vaginal reconstruction after surgical treatment for gynecologic cancer (Revisión). *Clin Plast Surg* 1995; 22(1): 129-40.
6. McCarthy J.G. M.D. Cirugía Plástica. Tronco y Extremidades. Cap 9 y 11. E.M. Panamericana. Buenos Aires 1994
7. McCraw J.B., et al. Vaginal reconstruction with gracilis myocutaneous flaps. *Plat and Reconst. Surgery* 1976, 58(2):176-83.
8. Moschella F, Cordova A. Innervated island flaps in morphofunctional vulvar reconstruction. *Plat. And Reconst. Surgery* 2000, 105(5):1649-57
9. Tobin G.R., Day T.G., Vaginal and pelvis reconstruction with distal based rectus abdominis myocutaneous flaps. *Plast. Reconstr. Surgery* 1988, 81 (1):62-73
10. Yii N: Niranjan N: Lotus petal flaps in vulvovaginal reconstructive. *Br. J. Plast. Surg.* 1996; 49: 547-557





# Procedimientos reconstructivos en cirugías oncológicas de cabeza y cuello

Dres. C. Cangini, M. Patrucco, A. Paglia

Jefe de Servicio: Dr. R. Rosati  
Servicio de Cirugía Plástica. Complejo Médico-Hospitalario "Churrucá-Visca"

## Resumen

**Antecedentes:** Tradicionalmente la cirugía para tumores de orofaringe y cavidad oral sacrificaban un segmento de la mandíbula adyacente con las consiguientes alteraciones funcionales y estéticas. Desde el año 1860 se comenzaron a utilizar técnicas de abordajes transmandibulares que permitieron un acceso adecuado para la realización de resecciones oncológicas conservando la mandíbula y mejorando los resultados posoperatorios.

**Objetivos:** Mostrar nuestra experiencia en la realización de tres procedimientos reconstructivos dentro de la técnica de abordaje transmandibular manteniendo conceptos oncológicos y sin descuidar la funcionalidad y la estética en paciente con tumores avanzados de orofaringe y cavidad oral. Estos son:

- Telescopado del músculo orbicular
- Mandibulotomía en escalera con osteosíntesis con placas
- Colgajo musculocutáneo de pectoral mayor

**Lugar de aplicación:** Complejo Médico- Hospitalario de Fuerzas de Seguridad.

**Diseño:** Estudio retrospectivo.

**Población:** 5 pacientes, 3 pertenecían al sexo masculino (60%) y 2 al femenino (40%). La edad media fue de 48 años (40-55 años) con diagnóstico de tumores avanzados de orofaringe y cavidad oral.

**Método:** Todos los pacientes fueron tratados quirúrgicamente utilizando estos tres procedimientos reconstructivos en un tiempo quirúrgico.

**Resultados:** No hubo complicaciones relacionadas con estos procedimientos.

El acceso transmandibular ofreció un excelente abordaje en los tumores antes descriptos.

Se logró mantener la oclusión dentaria previa a la cirugía, no siendo necesario el sacrificio de piezas dentarias

durante la osteotomía.

La osteotomía escalonada en sentido favorable permitió una mayor superficie de contacto y el aprovechamiento de las fuerzas musculares de la mandíbula para lograr una unión permanente de los segmentos óseos fracturados.

La utilización de osteosíntesis rígida (placa de titanio) permitió la rápida movilidad de la mandíbula evitando la utilización de ligaduras intermaxilares. De esta manera, se disminuyeron los riesgos secundarios asociados a las ligaduras permitiendo el monitoreo del colgajo de reconstrucción y la higiene endoral.

Los resultados cosméticos fueron aceptables, ya que la incisión cutánea mediolabial con prolongación lateral respetando la borla del mentón creó una cicatriz poco visible en el posoperatorio alejado.

La utilización de la técnica del telescopado del músculo orbicular de los labios permitió obtener una función labial adecuada y sin secuelas estéticas.

La utilización del músculo pectoral mayor aporta el tejido necesario para cubrir los grandes defectos creados con una actividad biológica ideal para un medio agresivo como la cavidad bucal.

**Conclusiones:** Se logró una adecuada exposición de la orofaringe y la cavidad oral permitiendo la exéresis oncológica de los tumores.

Se obtuvieron buenos resultados funcionales desde el punto de vista masticatorio (permitió preservar las raíces dentales), deglutorio y foniátrico.

Desde el punto de vista estético la preservación de las unidades estéticas y la reconstrucción de la anatomía labial permitieron resultados casi imperceptibles.

**Palabras clave:** telescopado labial; mandibulotomía-exéresis; reconstrucción





## Introducción

La frecuente proximidad de las lesiones tumorales de la cavidad oral y de la orofaringe a la mandíbula plantea el problema de las indicaciones para su abordaje y eventual exéresis en el tratamiento quirúrgico de dicha patología.

Gran variedad de accesos han sido utilizados para obtener una vía de abordaje que facilite la escisión tumoral adecuada.

Tradicionalmente la cirugía para los tumores de orofaringe implicaba el sacrificio de un segmento de la mandíbula adyacente a la lesión, esto creaba severas deformaciones cosméticas, mala oclusión y grandes dificultades para la masticación.

Ya en 1860 Billroth propuso una vía de acceso para tumores de orofaringe por sección del ángulo de la mandíbula. Langenbeck reanuda esta técnica en 1879 publicando varios casos en el Congreso de Berlín. En 1897 Krönlein publica la misma vía de acceso con sección mandibular por delante de las inserciones del músculo masetero. Es sobre todo en 1906 que Latarjet hace referencia en su tesis a la técnica que empleaba Vallas en Lyon, y de ésta surgen todos los abordajes empleados actualmente.(9)

Los posoperatorios difíciles, las recidivas locales frecuentes, el bajo grado de supervivencia y el desarrollo de la radioterapia hicieron dejar de lado este tipo de operación durante 40 años. Hacia 1940 Hayes- Martin describen en Estados Unidos la operación de bucofaringectomía transmaxilar con sección del labio inferior y hemimandibulectomía.(10)

Esta cirugía ha sido durante mucho tiempo la única operación practicada para tumores de la pared lateral de la orofaringe y de la base de la lengua. Dicha operación, que interrumpía la continuidad del arco mandibular y que era mutilante para el paciente, ha visto una parte de sus indicaciones progresivamente reemplazadas por una vía de acceso quirúrgico transmandibular con sección medial del labio inferior (22,23) y reconstrucción del piso de la boca con colgajo musculocutáneo de pectoral mayor.

Es sobre estas técnicas, a la cual nos referiremos en el presente trabajo.(23)

## Objetivo

Mostrar nuestra experiencia en la realización de tres procedimientos reconstructivos dentro de la técnica de abordaje transmandibular manteniendo conceptos oncológicos y sin descuidar la funcionalidad y la estética en paciente con tumores avanzados de orofaringe y cavidad oral.

Estos son:

- Telescopado del músculo orbicular

- Mandibulotomía en escalera con osteosíntesis con placas
- Colgajo musculocutáneo de pectoral mayor

Lograr una amplia exposición tumoral.

Facilitar la resección y reconstrucción en el mismo acto quirúrgico.

Obtener resultados funcionales y estéticos que permitan una adecuada inserción social.

## Material y Método

Se presentan 5 casos de pacientes tratados quirúrgicamente de tumores avanzados de cavidad oral (subsitio: lengua oral 2 pacientes) y orofaringe (subsitio: base de lengua 1 paciente y lodge amigdalina 2 pacientes). Se realizó la estadificación TNM correspondiente según la Clasificación del American Joint Committee on Cancer (AJCC) y los estudios por imágenes necesarios para evidenciar la extensión del tumor y el compromiso o no de la mandíbula.

En nuestra casuística 3 pacientes eran del sexo masculino (60%) y 2 del sexo femenino (40%), con un rango de edades de 40 a 55 años con una media de 48 años.

En todos los casos se realizó:

- abordaje tipo mandibular swing
- vaciamiento radical ganglionar cervical homo lateral
- exéresis tumoral con estudio anatomopatológico de los márgenes por congelación (glosectomía total o parcial, glosopelvi-mandibulectomía, resección lodge amigdalina y base de lengua)
- escisión en monoblock de la pieza quirúrgica
- telescopado del labio
- reconstrucción con colgajo pediculado musculocutáneo de pectoral mayor
- osteosíntesis mandibular con placa de titanio
- traqueostomía temporaria

Se requirió el uso de alimentación enteral por sonda nasogástrica durante las primeras semanas del postoperatorio hasta que los pacientes recuperaron un mecanismo de deglución satisfactorio. La traqueostomía temporaria se realizó en todos los casos, ya que la destrucción del complejo hio-mandibular, el edema de los tejidos remanentes y la hiperpercepción con el colgajo presupone una obstrucción posoperatoria de la vía aérea. La rehabilitación deglutoria y foniatría se inició luego del primer mes de posoperatorio.

## Técnica quirúrgica

La técnica quirúrgica para la mandibulotomía comienza

con la exposición de la sínfisis mandibular a través de una incisión semicircular alrededor del mentón, la cual se continúa con una incisión mediolabial inferior .(18)

Para realizar la mandibulotomía se incide el periostio y se lo despegamos aproximadamente 2 cm a cada lado de la osteotomía. Determinamos el trazo de sección mandibular y antes de seccionar el hueso, perforamos con un taladro los orificios que servirán durante la osteosíntesis. La placa de reconstrucción de titanio se moldea y se coloca a modo de prueba previamente a la sección mandibular, luego se retira y se reserva hasta el momento de ser utilizada. Esta técnica de preparación permite recolocar exactamente en su sitio los fragmentos óseos durante la osteosíntesis. La osteotomía puede realizarse utilizando la sierra de Gigli o una sierra eléctrica cuidando que el trazo de sección sea lo más fino posible.( 1,9,14,21,22)

Al realizar la sección de la mucosa del piso de la boca tenemos especial cuidado en dejar entre 6 y 8 mm de mucosa sobre su vertiente externa, no sólo para facilitar la sutura durante la reconstrucción sino también para evitar la necrosis del borde externo.(1,15,16)

Concluido el tiempo resectivo, los segmentos óseos se aproximan y se realiza una osteosíntesis rígida.(24)

## Resultados

No se registraron complicaciones asociadas a las técnicas descritas.

El acceso transmandibular ofreció un excelente abordaje en los tumores antes descritos.

Se logró mantener la oclusión dentaria previa a la cirugía, no siendo necesario el sacrificio de piezas dentarias durante la osteotomía. En una quinta parte de los pacientes fue necesaria la resección de piezas dentarias, ya que la excé-

resis oncológica requirió la resección marginal de la rama horizontal mandibular izquierda.

La osteotomía escalonada en sentido favorable permitió una mayor superficie de contacto y el aprovechamiento de las fuerzas musculares de la mandíbula para lograr una unión permanente de los segmentos óseos fracturados.

La utilización de osteosíntesis rígida (placa de titanio), permitió la rápida movilidad de la mandíbula evitando la utilización de ligaduras intermaxilares. De esta manera, se disminuyeron los riesgos secundarios asociados a las ligaduras permitiendo el monitoreo del colgajo de reconstrucción y la higiene endoral.

Los resultados cosméticos fueron aceptables ya que la incisión cutánea mediolabial con prolongación lateral respetando la borla del mentón, creó una cicatriz poco visible en el postoperatorio alejado.

La utilización de la técnica del telescopado del músculo orbicular de los labios permitió obtener una función labial adecuada y sin secuelas estéticas.

En todos los casos la deglución se inició cuando el traqueostoma se había cerrado y el paciente se encontraba afebril. En 4/5 pacientes pudo iniciarse la misma antes de los 2 meses. Previamente se realizaron estudios de deglución para descartar pasaje del líquido de contraste a la vía respiratoria.

La propulsión del alimento, inicialmente semisólido hacia el esófago, se logró a expensas de la hiperextensión del cuello, por ausencia de mecanismo de succión, ramping lingual y desencadenamiento de trago.

En forma paralela, se restablecieron emisiones vocales espontáneas y se reeducaron praxias articulatorias buscando características sonoras similares a las linguales.

La traqueostomía se cerró en 4/5 pacientes entre los 30 y 60 días del postoperatorio, en un caso la decanulación se logró a los 3 meses.

## Caso clínico



PREQUIRÚRGICO CON DESVIACIÓN LINGUAL

FOTO 1



FOTO 1. INCISIÓN SEMICIRCULAR ALREDEDOR DEL MENTÓN E INCISIÓN MEDIOLABIAL

FOTO 2



FOTO 2. EXPOSICIÓN DE LA SÍNFISIS MANDIBULAR

FOTO 3



FOTO 3. TRAZADO DE LA SECCIÓN MANDIBULAR Y PERFORACIÓN DE LOS ORIFICIOS PARA LA OSTEOSÍNTESIS

FOTO 4



FOTO 4. ABORDAJE MANDIBULAR.

FOTO 5



FOTO 5. EXÉRESIS TUMORAL CON ESTUDIO ANATOMOPATOLÓGICO DE LOS MÁRGENES POR CONGELACIÓN (GLOSECTOMÍA TOTAL O PARCIAL, GLOSO-PELVI-MANDIBULECTOMÍA, RESECCIÓN LODGE AMIGDALINA Y BASE DE LENGUA)

FOTO 6



FOTO 6. ESCIACIÓN EN MONOBLOQUE DE LA PIEZA QUIRÚRGICA.

FOTO 7



FOTO 7. MARCACIÓN COLGAJO MÚSCULO CUTÁNEO DE PECTORAL MAYOR.

FOTO 8



FOTO 8. PASTILLA CUTÁNEA DEL COLGAJO

FOTO 9



FOTO 9. PEDÍCULO DEL COLGAJO.

FOTO 10



FOTO 10. COLGAJO EN POSICIÓN INTRAORAL.

FOTO 11

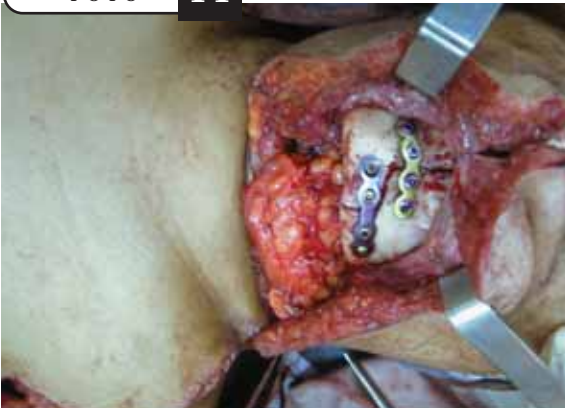


FOTO 11. OSTEOSÍNTESIS MANDIBULAR CON PLACA DE TITANIO.

FOTO 12



FOTO 12. CIERRE CUTÁNEO

FOTO

13



FOTO 13. POS OPERATORIO ALEJADO

FOTO

14



FOTO 15. VISTA ENDORAL

## Discusión

Coincidimos con Spiro y Sardi en considerar que la vía transmandibular con acceso tipo mandibular swing tiene indicaciones y contraindicaciones.(20,21,22)

Forman parte de las primeras: los tumores de la base de la lengua, del surco glosamigdalino, de la región subamigdalina, con extensión posible a la mitad inferior del compartimento amigdalino y a la parte inferior del pilar anterior. Los tumores de la región amigdalina pueden también beneficiarse de esta indicación quirúrgica a condición de que el análisis clínico y radiológico no ponga en evidencia una extensión profunda al periostio mandibular, o bien al músculo pterigoideo con trismus. La TAC debe mostrar la preservación de un ribete claro paralelamente a la mandíbula. Resulta necesario en el preoperatorio comprobar que la separación entre el tumor y el hueso se hace sin ninguna dificultad. Es también una excelente indicación quirúrgica para los tumores de la zona de la unión lingual.

Las contraindicaciones absolutas son: la invasión tumoral de la mandíbula a nivel del ángulo, la invasión de la parte alta de la fosa amigdalina, salvo en caso de ser superficial, ya que el compromiso masivo del compartimento amigdalino se acompaña a menudo de una extensión a los músculos masticatorios la cual condiciona la resección ósea. La contraindicación relativa es la cirugía de rescate luego del tratamiento radiante que predispone a complicaciones postoperatorias como la osteitis mandibular.( 5,9)

Este abordaje nos permitió en todos los casos un ac-

ceso a la orofaringe y a la cavidad oral adecuado para la excéresis tumoral.

La desventaja de este procedimiento es que la osteotomía mandibular se realiza antes de la completa visualización del tumor y de la certeza de que el hueso no esté comprometido. Por lo tanto realizada la osteotomía, si se constata invasión tumoral de la mandíbula no puede realizarse una resección menor a una hemimandibulectomía .(12,14)

La mandibulotomía medial puede clasificarse en: 1- mandibulotomía mediana realizada entre los dos incisivos centrales y 2- mandibulotomía paramediana realizada entre el incisivo lateral y el canino.(9,16)

En la literatura se describen diversas variantes de la osteotomía.

La técnica de mandibulotomía utilizada por Spiro describía una osteotomía medial y osteosíntesis con alambre, esto implicaba la remoción de los incisivos centrales para prevenir la desvitalización dentaria y las potenciales complicaciones infecciosas. Con el tiempo y ante la necesidad de conservar las piezas dentarias emplazó la osteotomía paramediana (entre el incisivo lateral y el canino) ya que la distancia de estas dos raíces dentarias es mayor y permite preservar la dentición en un alto porcentaje de casos. (1,22,23)

Mc Gregor y Mac Donald describieron una mandibulotomía recta medial que permitía la preservación dentaria y una osteosíntesis en K con alambre para neutralizar las fuerzas verticales opuestas en el sitio de la osteotomía .(1,12)



Cohen y col. propusieron una osteotomía escalonada que ofrece mayor estabilidad en la línea de sección ósea. Esta técnica requiere de una adecuada altura mandibular para prevenir la lesión de las raíces dentarias .(1,2)

Preferimos al igual que Amin y otros autores la osteotomía medial en escalera y osteosíntesis con fijación rígida con miniplacas de titanio, asociada a una incisión cutánea mediolabial con prolongación inferior siguiendo el contorno de la borla del mentón hasta llegar a la sínfisis mentoniana. Esta técnica tiene las siguientes ventajas:1) asegurar una excelente coaptación de los fragmentos, una contención sólida y un aumento de la superficie de contacto entre los dos fragmentos mandibulares para la consolidación ósea de la fractura; 2) permite respetar las piezas dentarias, hecho muy importante, teniendo en cuenta que en nuestra casuística los pacientes eran adultos dentados, siendo necesaria la mantención de las piezas para obtener un bolo alimenticio que favorezca la deglución; 3) emplaza la sección mandibular en un sitio habitualmente fuera de los campos de irradiación; 4) el colgajo cutáneo que permite cubrir completamente la placa previene la exposición temprana de la misma y la necesidad de removerla.(1,2,6,7,8,21,25,26)

Siguiendo los lineamientos de Lange, el respeto de las unidades estéticas nos ayuda a emplazar las heridas en zonas en las cuales los cambios de relieve y de sombras naturales de la cara disimulan el paso del bisturí .(3,4,11,13,18)

La incisión trazada sobre el labio inferior con su pro-

longación lateral respetando la borla del mentón nos permite lograr un resultado estético que luego de 3 meses de posoperatorio hace prácticamente no visible la cicatriz.( 3,4,11,18).

El telescopado de los dos muñones resultantes del músculo orbicular de los labios nos aporta una importante maniobra quirúrgica para borrar el defecto tan notorio de "labio en silbador" .(18)

Coincidimos en realizar la decanulación temprana porque favorece la movilización y ascenso laríngeo, preserva el reflejo de la tos y previene la infección pulmonar.( 17,19)

Estas técnicas permiten una amplia exposición de la orofaringe y de la cavidad oral para lograr la exéresis tumoral con márgenes oncológicos adecuados. La utilización de un colgajo musculocutáneo regional permite el aporte de tejidos de zonas distantes, solucionado durante el mismo acto operatorio los grandes defectos creados con la exéresis tumoral. El acortamiento de los tiempos de tratamiento justifica este enfoque terapéutico.

La madibulotomía y osteosíntesis con placa de titanio favorece la rápida movilización y una disminución de los riesgos secundarios.

Los resultados funcionales y estéticos alcanzados permiten una adecuada reinserción social.

Comparada con otros métodos estas técnicas son simples, seguras y confiables. Estas ventajas la transforman en procedimientos de preferencia para accesos a tumores de cavidad oral y orofaringe.

## Bibliografía

1. Amin, MR; Deschler, DG; Hayden, RE. Straight midline mandibulotomy revisited. *Laryngoscope* 1999; 109: 1402-1405.
2. Cohen, JI; Marentette, LJ; Maisel, RH. The mandibular swing stabilization of the midline osteotomy. *Laryngoscope* 1988; 98: 1139-1142.
3. Coiffman, F. : *Cirugía Plástica , reconstructiva y Estética*. 2º ed. Vol. 2 págs. 882-883 capítulo 114 Unidades regionales en la reconstrucción de la cara. Masson-Salvat medicina. 1994
4. Converse. J.M.: *Plastic Reconstructive Surgery*. Vol. 2 págs. 3-12, 2º ed. W.D. Sanders, Filadelfia, 1977.
5. Christopoulos, E; Carrau, R; Segas, J. Transmandibular approaches to the oral cavity and oropharynx. A functional assessment. *Arch. Otolaryngol. Head Neck Surg* 1992 Nov; 118 (11): 1164-7.
6. Dai, TS; Hao,SP; Chang, KP; Pan WL; Yeh, HC; Tsang, NM. Complications of Mandibulotomy: midline versus paramidline. *Otolaryngol. Head Neck Surg*. 2003 Jan; 128 (1): 137-41.
7. Genty, E; Marandas, P; Beautru, R; Schwads, G; Luboinski, B. Mandibulotomy for cancer of the oral cavity and oropharynx: functional and carcinologic outcome in 107 cases. *Ann. Otolaryngol. Chir. Cervicofac.* 2001 Feb; 118 (1): 26-34.
8. Loré. J.M. *Cirugía de cabeza y cuello*. Atlas. 3º ed. págs. 286-295. Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires.
9. Luboinski, B; Marandas, P. *Encyclopédie Médico- Chirurgicale*.2000, Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris.
10. Martin, H; Sugar- Baxter, EC. Cancer of the tonsil. *Am. J. Surg.* 1941; 52: 155-196.
11. Mc Carthy J.G.: *Traumatismos de la cara*. Vol. I La cara.pág 62-110. 1º reimpression de 1º edición.1994
12. McGregor, IA; MacDonald, DG. Mandibular osteotomy in the surgical approach to the oral cavity. *Head Neck Surg* 1983; 5: 457-462



13. Menik, f.J.: Artistry in aesthetic surgery: aesthetic perception an the subunit principle. Clin. Surg. 14,723, 1987
14. Myers, E; Suen, J. Cancer of the Heaad and Neck. Third Edition. Philadelphia, Pennsylvania. W:B: Saunders Company, 1996.
15. Olsen, K. Tumors and surgery of the parapharyngeal space. Laryngoscope 1994; 104: 1-26.
16. Pan, WL; Hao, SP; Lin, YS; Chang, KP; Su, JL. The anatomical basis for mandibulotomy: midline versus paramidline. Laryngoscope 2003; 113: 377-380.
17. Pradier, RN; Cresta Morgado, C y col. Diagnóstico, tratamiento y seguimiento del cáncer. Pautas en Oncología. Actualización 2003. Buenos Aires - Argentina. Ediciones Médicas S.A.
18. Rapidis, AD; Valsamis, S; Anterriotis, DA; Skouteris, CA. Functional and aesthetic results of various lip- splitting incisions: a clinical analysis of 60 cases. J. Oral Maxillofac. Surg. 2001 Nov; 59 (11): 1292- 6.
19. Rogers,SN; Devine, J; Lowe, D; Shokar, P; Brown, JS; Vaugman, ED. Longitudinal health- related quality of life after mandibular resection for oral cancer: a comparison between rim and segment. Head Neck 2004 Jan;26(1) : 54-62.
20. Singh,A; Bahadur, S; Tandom, D; Pande, RM. Anterior mandibulotomy for oral and oropharyngeal tumors. Journal of laryngology and Otology 1993; 107: 316-319.
21. Spiro, RH; Gerold, FP; Shah, JP; et al. Mandibulotomy approach to oropharyngeal tumors. Am. J. Surgery 1985; 150: 466-469.
22. Spiro, RH; Gerold, FP; Strong, EW. Mandibular "swing" approach for oral and oropharyngeal tumors. Head Neck Surg 1981; 3: 371-378.
23. Sullivan, PK; Fabian, R; Driscoll, D. Mandibular osteotomies for tumor extirpation: the advantages of rigid fixation. Laryngoscope 1992; 102: 73-80.
24. Teng,MS; Genden, EM; Buchbinder, D; Urken, ML. Subcutaneous mandibulotomy: a new surgical access for large tumors of the parapharyngeal space. Laryngoscope 2003; 113(11): 1893-7.
25. Werning, JW; Byers, RM; Novas, MA; Roberts, D. Preoperative assessment for and outcomes of mandibular conservation surgery. Head Neck 2001 Dec; 23 (12): 1024-30.





# Cirugía oncoplástica de tórax: criterio en la toma de decisiones

Dres. Eduardo Angheben\*, Martín Colombo\*\*, Laura Biragnet Bobbio\*\*\*

\* Residente de 2do. año de la Carrera de Cirugía Plástica Reparadora y Estética de la Pontificia Universidad Católica Argentina. Médico del Servicio de Cirugía Plástica del Hospital Militar Central.

\*\* Miembro Titular de la SACPER. Médico de Planta del Servicio de Cirugía Plástica del Hospital Militar Central

\*\*\* Jefe de Servicio de Cirugía Plástica del Hospital Militar Central  
Sesión de Cirujanos Plásticos Junior

## Introducción

La enfermedad neoplásica avanzada que compromete o se inicia en la pared torácica obliga a realizar ablaciones oncológicas extensas si se pretende erradicar localmente el tumor, que muchas veces involucran tanto sus partes blandas como las estructuras óseas.

La reconstrucción de los grandes defectos así creados exige el aporte de una cobertura estable, de buena calidad y que no interfiera con la función de la caja torácica. Sin embargo, los requerimientos reconstructivos y las diferentes opciones a nuestro alcance varían en función de la patología que se esté tratando y las características propias del paciente en cuestión, siendo estas variables potencialmente diferentes para cada caso. Se deben tener en cuenta también las características anatómo-funcionales del tórax, sus dimensiones y extensión, los órganos y estructuras anatómicas que resguarda y la elevada morbimortalidad de las lesiones que lo afectan.

Presentamos en este trabajo dos casos problema de pacientes con patología tumoral maligna avanzada en pared torácica y una incierta expectativa de vida a corto plazo, que debieron ser sometidos a grandes ablaciones oncológicas. Perseverando en el intento de brindar al paciente oncológico un mayor confort de sobrevivida, buscamos precisar para el mismo como individuo único, la técnica quirúrgica más adecuada.

## Material y métodos

En abril de 2003 y febrero de 2005 se operaron dos pacientes de 27 y 67 años de edad respectivamente, portadores de enfermedad oncológica primaria de la pared torácica.

Ambos pacientes masculinos, con tumores malignos de

parrilla costal en situación antero lateral, localmente avanzados y que superaban un tamaño de 20 x 10 cm, con compromiso de partes blandas y estructuras óseas, pero ausencia de invasión por contigüidad en parénquima pleuropulmonar (Fotos 1.a - 2.a).

Ambos pacientes fueron intervenidos en forma conjunta con el Servicio de Cirugía Torácica del Hospital. En los dos casos se realizó biopsia incisional para obtener diagnóstico histológico de la lesión previo al planeamiento de la técnica quirúrgica a realizar. Ambos pacientes fueron estudiados con ecografía, tomografía computada, resonancia magnética, centellograma óseo y prueba funcional respiratoria. El primer paciente no mostraba evidencia de enfermedad sistémica, mientras que el segundo presentaba ya imágenes compatibles con enfermedad metastásica ósea y pulmonar al momento de su intervención (pero aún pasible de tratamiento coadyuvante).

Se realizó en ambos casos la exéresis tumoral completa con límites de seguridad libres de enfermedad en los diferentes tipos de tejidos (muscular, óseo, cartilaginosa, etc). En el paciente más joven se intentó perseguir un resultado estéticamente aceptable, mientras que en el geronte sólo se intentó un procedimiento de rescate en consecuencia de los hallazgos preoperatorios y el estado general del paciente.

Se intentó siempre preservar la estabilidad estática y funcional de la pared torácica, como así también aportar en la cobertura un tejido de volumen y calidad suficientes.

En el Cuadro 1 se detallan las características de cada caso en particular.





**Cuadro 1**

	<b>Paciente 1</b>	<b>Paciente 2</b>
Edad	27 años	67 años
Sexo	Masculino	Masculino
Tiempo de evolución	3 meses	8 meses
Diagnóstico histopatológico	Tumor neuroectodérmico de Askin	Sarcoma fusocelular de alto grado
Característica del paciente	Buen estado general, físico y nutricional. Parámetros de laboratorio normales.	Regular estado general y nutricional. Parámetros de laboratorio en baja.
Ubicación de la lesión	Región ántero-lateral media de hemitórax izquierdo	Región ántero-lateral inferior de hemitórax derecho
Tamaño de la lesión	20 x 10 cm	29 x 18 cm
Características de la lesión	Tumor exofítico, duro-pétreo, indoloro, lobulado, sangrante y fétido.	Fijo a la pared torácica. Tumor no ulcerado, duro-elástico, indoloro, fijo en bloque con la pared torácica.
Tipo de reconstrucción	Colgajo TRAM bipediculado	Colgajo epiplón mayor. Injerto de piel parcial

## Procedimiento

Los dos pacientes fueron operados en decúbito lateral contrario a la ubicación de la lesión y bajo anestesia general. Una vez finalizado el tiempo torácico, fueron colocados en decúbito dorsal para su reconstrucción.

En el primer paciente se resecó la lesión con márgenes de seguridad (Foto 1.b) enviándose fragmentos condrocostales, ganglios regionales y muestras de piel y músculo para congelación. Una vez obtenida la certeza de resecar tejido libre de enfermedad, comienza la reconstrucción del defecto con la marcación del colgajo TRAM bipediculado. Disecado el colgajo, se eleva el mismo conservando las dos porciones más externas de los músculos rectos del abdomen para preservar parcialmente la estructura anatómica del abdomen (Foto 1.c). Se transpone el colgajo músculo-cutáneo tunelizándolo hasta el defecto en la cara ántero-lateral del tórax izquierdo. Se fija el mismo cubriendo la totalidad del defecto. No fue necesario estabilizar la pared torácica, ya que sólo se resecó una costilla. Cierre de la brecha abdominal utilizando una malla de polipropileno. Tanto a nivel del tórax, como en el abdomen, se colocan los drenajes tubulares correspondientes.

En el segundo paciente, una vez extirpada la lesión (junto con el 9° y 10° arcos costales firmemente adheridos al tumor) y teniendo también la confirmación anatomopatológica por congelación de los tejidos enviados, se

programa la cobertura del defecto torácico mediante un colgajo de epiplón mayor. Se coloca una malla de polipropileno cerrando el defecto y asegurando la estabilidad del tórax; la misma se fija al periostio de las estructuras vecinas (Foto 2.b). Luego se arriba a la cavidad abdominal por la misma incisión en tórax, se localiza el epiplón mayor y se esqueletiza el colgajo basando su irrigación en la arteria gastroepiploica derecha. Se lo individualiza de sus inserciones colónicas y siendo tunelizado es llevado al hemitórax izquierdo, fijándolo así a la malla y a los tejidos periféricos (Foto 2.c). Se realiza injerto de piel de espesor parcial sobre el colgajo tomado con navaja de la cara anterior del muslo homolateral. Se concluye el procedimiento quirúrgico con la colocación de los tubos de drenaje correspondientes.

El procedimiento quirúrgico duró aproximadamente 180 minutos en el primer caso y menos de 120 minutos en el segundo. Ambos pacientes cursaron su postoperatorio inmediato en Unidad de Terapia Intensiva.

## Resultados

En los dos casos descriptos fue necesario sólo un procedimiento quirúrgico.

Ambos pacientes presentaron una pequeña dehiscencia de herida en el sitio receptor, pero en ninguno se vio comprometida la cobertura del defecto como así tampo-

FOTO 1a



PACIENTE 1

FOTO 2a



PACIENTE 2

FOTO 1b



PACIENTE 1

FOTO 2b



PACIENTE 2

FOTO 1c



PACIENTE 1

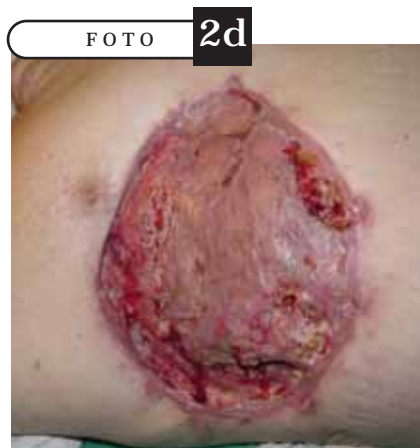
FOTO 2c



PACIENTE 2



PACIENTE 1



PACIENTE 2

co se evidenció congestión, sufrimiento o desvitalización parcial del colgajo.

Las heridas, tanto en las zonas dadoras como receptoras, cicatrizaron por completo entre los 15 y 21 días de postoperatorio, permitiendo comenzar con la deambulación en forma temprana.

Ambos pacientes comenzaron su tratamiento oncológico coadyuvante en los tiempos que marcaron la buena evolución de los procedimientos realizados.

En los dos casos se logró mejorar de forma aceptable la calidad de vida de los pacientes, teniendo en cuenta el estadio avanzado de sus patologías oncológicas y limitada expectativa futura. De todos modos, el primer paciente falleció a los seis meses de la cirugía, aunque manteniendo una vida de relación normal e integrado familiar y socialmente. El segundo aún se encuentra cursando su quinto mes de posoperatorio.

## Discusión

Los defectos de la cara anterior y lateral del tórax representan una situación especial en el capítulo reconstructivo de la Cirugía Plástica. La gran cantidad de técnicas descriptas en la Oncoplastia de la pared torácica exige la evaluación de numerosos factores que cobran importancia al momento de tomar decisiones.

Entre estos factores consideramos de primordial interés la patología que les dio origen, la cantidad de costillas a reseca, el estado de los tejidos disponibles y remanentes, la función respiratoria y el estado general del paciente, su edad, la expectativa de vida y los resultados acordados que se quieran lograr. Es evidente, que ello con-

lleva a evaluar acabadamente cada caso en forma individual e independiente, sin posibilidad alguna de sistematizar las conductas.

Para este tipo de reconstrucción, utilizamos tejidos autólogos para cobertura y materiales sintéticos para estabilidad de la pared.

Para la cobertura de estos grandes defectos descriptos, los injertos de piel no representan una buena opción por razones obvias, corriendo la misma suerte los colgajos fasciocutáneos (torácico lateral, toracoepigástrico, etc.) que si bien aportan tejido de buena calidad, no alcanzan las dimensiones necesarias.

Centrando nuestro objetivo en los colgajos de mayor envergadura, optamos por recurrir al colgajo musculocutáneo TRAM bipediculado para reconstruir al primer paciente. De esta forma, se aportó un tejido bien vascularizado, con amplio volumen y de muy buena calidad, que permitió obtener un resultado estéticamente aceptable que reemplazara la fétida y exuberante masa tumoral, lográndose también mejorar la imagen del paciente que le permitiera cobrar fuerzas para afrontar los efectos inevitables de su avanzada enfermedad (Foto 1.d).

Para resolver la cobertura del defecto en el segundo paciente se decidió realizar un colgajo de epiplón mayor, que permitiera tratar su enfermedad local con un procedimiento quirúrgico más rápido y sencillo y no aumentar aún más la morbilidad de la reconstrucción per se en virtud de sacrificar un resultado estético aceptable (Foto 2.d).

El colgajo de dorsal ancho es otra de las opciones más habituales para solucionar la cobertura de la pared late-



ral de tórax. En nuestros casos se consideró como opción, pero fue descartado en el primer caso por estar el músculo invadido por la lesión y en el segundo caso se consideró el epiplon como mejor opción.

No debemos olvidar que los colgajos libres también representan una muy buena opción para la reconstrucción de la pared antero-lateral del tórax, pues aportan gran volumen y tejidos de buena calidad, pero implican una cirugía mucho más prolongada y experiencia en la microcirugía. Si bien en nuestro Servicio realizamos colgajos microquirúrgicos, consideramos que esta opción no sería recompensada por la evolución ineludible de la enfermedad oncológica avanzada.

## Conclusión

Creemos esencialmente necesario el trabajo de un equipo multidisciplinario que sea capaz de tratar y contener

al paciente oncológico, más aún frente aquellos portadores de enfermedad avanzada sin posibilidades de curación.

Es estrictamente preciso el conocimiento de las numerosas técnicas con las que contamos para resolver estos problemas.

Apostamos a la difícil tarea de arriesgar todo lo necesario con el fin de lograr mejorar la calidad de vida o ayudar a bien morir, pero somos conscientes que muchas veces nuestra ciencia se ve enfrentada y obligada a tomar decisiones puramente conservadoras.

El objetivo de nuestro trabajo radica en cultivar la capacidad de aplicar el criterio médico y humano para satisfacer los dilemas éticos de la medicina, y así alcanzar un equilibrio ecuánime que nos permita contemplar al paciente como un ser único y particular.

## Bibliografía

1. Anthony, James P. M.D.; Foster, Robert D. M.D. "The Reconstruction of Complex Thoracic Wounds: A Fleur-de-Lys Modification of the Rectus Abdominis Myocutaneous Flap". *Plastic and Reconstructive Surgery*: Volume 107(5) 1229-1233, April 2001.
2. Arnold, Phillip G. M.D.; Pairolero, Peter C. M.D. "Chest-Wall Reconstruction: An Account of 500 Consecutive Patients". *Plastic & Reconstructive Surgery* 98(5):804-810, October 1996.
3. Arnold, P. G., Witzke, D. J., Irons, G. B., and Woods, J. E. "Use of omental transposition flaps for soft-tissue reconstruction". *Ann. Plast. Surg.* 11: 508, 1983.
4. Chang, Raymond R. MD; Mehrara, Babak J. MD; Hu, Qun-Ying MD; Disa, Joseph J. MD; Cordeiro, Peter G. MD. "Reconstruction of Complex Oncologic Chest Wall Defects: A 10-Year Experience". *Annals of Plastic Surgery* 52(5):471-479, May 2004.
5. Cordeiro, Peter G. M.D.; Santamaria, Eric M.D.; Hidalgo, David M.D. "The Role of Microsurgery in Reconstruction of Oncologic Chest Wall Defects". *Plastic & Reconstructive Surgery*. 108(7):1924-1930, December 2001.
6. Hollender L.F. et al "Cirugía del epiplón mayor". *Enciclopedia Médica Quirúrgica*. 40-495: 1-13, 1998.
7. Hultman, C. Scott MD; Culbertson, John H. MD; et al. "Thoracic Reconstruction With the Omentum: Indications, Complications, and Results". *Annals of Plastic Surgery*. 46(3):242-249, March 2001.
8. McCarthy, Joseph G. M.D. "Cirugía Plástica – Tronco y extremidades inferiores". 1:1-113, 1994
9. Sociedad Española de Cirugía Plástica Reparadora y Estética "Reconstrucción de la pared torácica". 50:623-634, 2003.





# Pexia de ceja vía transpalpebral

Dres. Abel Chajchir\*, Alejandra Peláez\*\*, Gustavo Chajchir\*\*\*

\* Vicepresidente de la Sociedad Internacional de Cirugía Plástica Estética (ISAPS)

\*\* Residente de tercer año de la Universidad Católica Argentina "Santa María de los Buenos Aires"

\*\*\* Cirujano Plástico. Centro Médico "Barrancas"

## Resumen

Presentamos en este trabajo, una vía alternativa para el tratamiento de la ptosis de la ceja.

Mediante una incisión a nivel del pliegue palpebral, se puede tratar aquella porción de grasa que se encuentra por debajo del músculo orbicular, la pexia se logra con la sutura del músculo al arco marginal, lográndose, así mostrar un párpado más despejado.

La intervención es realizada de forma ambulatoria, no conlleva mayores complicaciones que las habituales y dan buenos resultados a corto plazo.

## Summary

In these review we try to show how we treat brow ptosis. Using the same incision of blepharoplasty, we find the fat that is under the orbicular muscle, resects it and suture the orbicular muscle to the arcus marginale, given the eyelid a youth appearance.

The procedure is made under ambulatory basis, no major complications are found and the results are very satisfactory in short term.

Palabras clave: pexia de la ceja; vía transpalpebral

## Introducción

En la cirugía del rejuvenecimiento facial, uno de los aspectos a los cuales han dado prioridad diferentes autores es la posición de las cejas. La disminución gradual de la elasticidad de la piel de la frente, así como de los párpados y la disminución del tono del músculo orbicular y del frontal, son factores que contribuyen a la caída de las cejas, especialmente en su parte tercio distal.

La pexia de la ceja está destinada a resolver estos problemas.

Las primeras intervenciones destinadas a resolver la pto-

sis se centraban en resecciones elípticas en la parte frontal, vecinas al cuero cabelludo o dentro del mismo descritas por Passot en 1919.(1)

En 1926 Hunt propuso una técnica en la que realizaba incisiones en la piel del cuero cabelludo, en la línea pilosa anterior y escisión de piel sobre la frente.

Con los resultados obtenidos hasta los años 50, se propuso que el lifting frontal no producía cambios permanentes y se plantea la necesidad de realizar tratamiento del músculo frontal, para la obtención de cambios más duraderos.

Se optó entonces por la resección de la rama frontal del facial, parálisis química del mismo, y resecciones del músculo frontal (Bames, Gonzales Ulloa, Gandolfo).(3,4)

Para 1964, Castañares presentó una técnica que consistía en la resección sobre la misma ceja.(2)

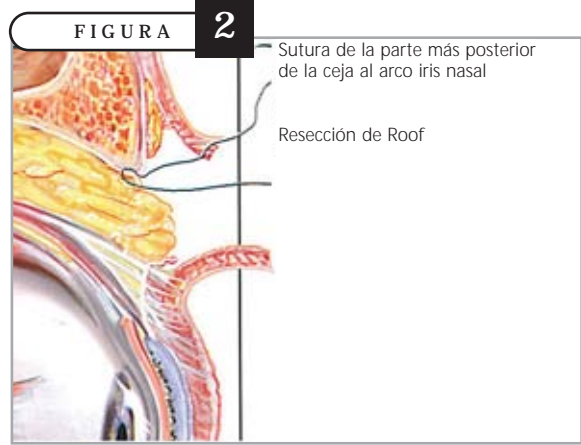
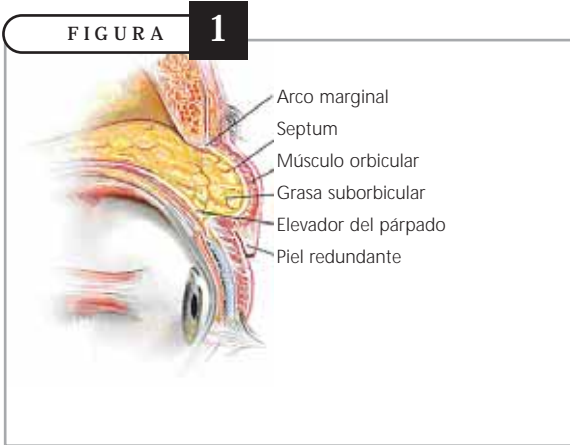
En 1976 Viñas describió la técnica, llamada en "alas de mariposa" .(5)

Con el paso del tiempo, los tratamientos para la ceja ptósica fueron haciéndose más agresivos aún y comenzaron a realizarse al mismo tiempo que las ritidectomías, Claoue, Lexer. Posteriormente surgieron variaciones a las técnicas con el fin de optimizar los resultados y mejorar la cicatriz, entre ellos vale señalar el tratamiento de los corrugadores Regnault, Kaye, Pitanguy, Owsley.

Paul (6) en 1989 presentó su técnica de levantamiento de ceja vía transpalpebral, que incluye tratamiento del músculo orbicular que se encuentra hipertrófico y la resección de la grasa suborbicular, junto a la suspensión del músculo orbicular al anillo orbicular.

En 1991, Ortiz-Monasterio, presentó su experiencia con disección subperióstica, para lifting frontal y remodelado óseo orbicular.(7) También promueve técnicas para suavizar ciertos rasgos, como el tratamiento del reborde orbitario, con la resección ósea que contribuye a una mejoría en la posición de la ceja y muestra más despejado el párpado superior.(8)

Con el avance de la tecnología y en el intento de ser me-



nos agresivos, Chajchir (9) fue el primero en publicar el levantamiento de ceja vía endoscópica. El principio es provocar un cambio funcional en la ceja, ejercido por el músculo frontal, cuando los músculos depresores se han debilitado o modificado.

En 1996, el Dr. Paul realiza una modificación a la técnica antes descrita por él y propone pexia de la ceja subperiosteal. En la cirugía estética orbitaria, tomamos como muy importante la blefaroplastia con todas sus variantes y procedimientos auxiliares en las áreas periorbitarias (tratamiento de corrugadores, del piramidal, tratamiento de las arrugas periorbitarias, el uso del láser, toxina botulínica, etc.), todos ellos destinados a obtener buenos y duraderos resultados, según la necesidad de cada paciente.

## Anatomía quirúrgica

Esta cirugía es realizada en la región supraorbitaria. La misma incluye dos músculos importantes el frontal y el orbicular de los párpados. Dicho músculo de fibras concéntricas alrededor de la fisura palpebral, consta de dos porciones una palpebral y otra orbitaria. El margen superior de la porción orbitaria se interdigita con fibras provenientes del músculo frontal; la porción palpebral en la región superior tiene relación con los músculos corrugadores.

El músculo frontal, encapsulado por la galea aponeurótica, está dividido en dos hojas una anterior y otra posterior. Es la posterior que emite fibras para insertarse en el periostio del anillo supraorbitario y sus prolongaciones inferiores contribuyen a formar el semptum palpebrale, (la confluencia del septum y del periostio supraorbitario forman el arco marginal) el músculo frontal en la región

nasal se adhiere firmemente a los huesos nasales para formar el músculo próceres (Figura 1)

## Técnica operatoria

Con el paciente en posición supina, se realiza la marcación del pliegue palpebral. La cantidad de piel a reseca varía según cada paciente. Es común la presencia de asimetrías.

La cirugía es ambulatoria y se realiza bajo anestesia general, a pesar de ello se infiltra con lidocaína al 1% más epinefrina 1:1000,000, con el fin de lograr vasoconstricción y disminución del edema.

Se realiza la resección de la piel previamente marcada, a nivel del pliegue palpebral, y luego la disección en un plano submuscular, hasta acceder a la grasa que se encuentra por debajo del orbicular, la misma que se reseca según la necesidad de medial a lateral, teniendo cuidado en no lesionar la aponeurosis del elevador que se encuentra por debajo de ella. Si es necesario también se realiza la resección de una pequeña tira de orbicular, que es por supuesto en cantidad menor a la resección cutánea.(3)

Es en este momento en el que se procede al tratamiento de las bolsas palpebrales, según la técnica habitual.(4)

La pexia de la ceja se logra mediante la sutura la parte más posterior de la ceja al arco marginal, con 2 a 4 puntos separados de suspensión. Las suturas pueden ser ubicadas en cualquier punto del surco supraorbitario, o por encima del mismo, pero el objetivo principal es levantar el tercio lateral de la ceja.

La síntesis de piel se realiza con nylon 6-0, con puntos continuos.(5) (Figura 2).

FOTO 1



FOTO 1. INCISIÓN EN EL PLEGUE PALPEBRAL, DISECCIÓN DEL MÚSCULO ORBICULAR.

FOTO 2



FOTO 2. IDENTIFICACIÓN DE LA GRASA SUBORBITARIA

FOTO 3



FOTO 3. RESECCIÓN DE LA GRASA SUBORBITARIA

FOTO 4



FOTO 4. RESECCIÓN DE LA GRASA SUBORBITARIA

FOTO 5

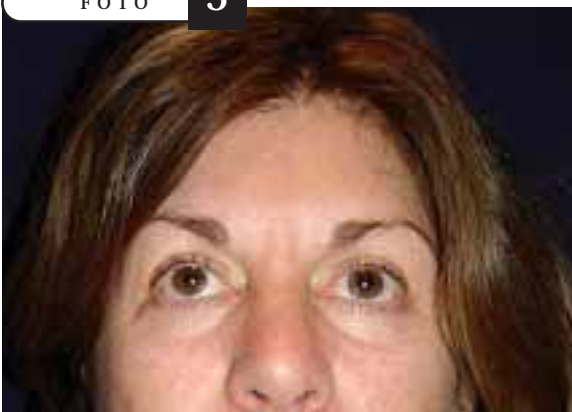


FOTO 5. PREOPERATORIO CASO 1.

FOTO 6



FOTO 6. POSOPERATORIO CASO 1.

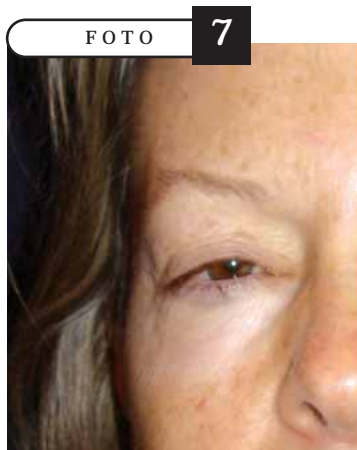


FOTO 7. PREOPERATORIO  
CASO 2.

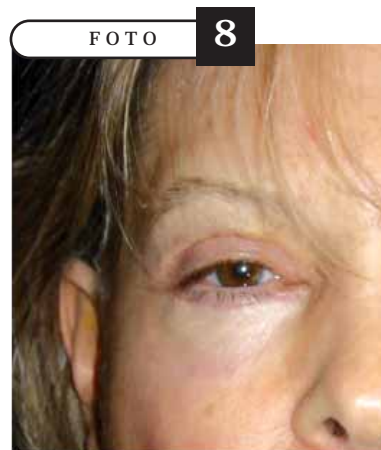


FOTO 8 POSOPERATORIO.  
CASO 2.

## Discusión

La plastia de la ceja, consiste en la resección de la grasa que se encuentra por debajo de ella, y la plicatura de la ceja reduce la dermochalasis del párpado superior en su tercio lateral, mejorando el aspecto.

Para optimizar los resultados es necesario conocer la posición normal de las cejas, tanto en el hombre como en la mujer.

Las cejas en los hombres son planas y más cercanas al anillo supraorbitario. En las mujeres en cambio, se en-

cuentra por encima del arco y con una apariencia curvada gradualmente.

El edema y la equimosis con esta técnica son menores, y resueltos casi completamente a los tres días postoperatorios.

El realizar tratamientos coadyuvantes, como el uso del láser definitivamente mejora y da un aspecto más juvenil y un resultado más duradero que satisface tanto al paciente como al cirujano.

## Bibliografía

1. Passot, R. La chirurgie esthetique des rides du visage. *Presse Med* 27:258,1919.
2. Castañares, S. Forhead weinkles, gablellar frown and ptosis of the eyebrows. *Plast.Reconstr Surg* 34:406,1964.
3. Barnes, H O. Frown disfigurent and ptosis of eye brows. *Plast.Reconstr Surg* 19: 337, 1957.
4. Gonzales - Ulloa. Facil wrinkles: Integral elimination *Plast.Reconstr Surg* 29:658,1962.
5. Viñas, J.C. Caviglia, C. Forhead rhytidoplasty and brow lifting. *Plast.Reconstr Surg* 57: 445, 1976.
6. Paul, M.D. The surgical management of the upper eyelid hooding. *Aesthetic Plast. Surg.* 13:183,1989.
7. Ortiz- Monasterio, F. Aesthetic surgery of the facial skeleton: The forehead. *Clin. Plast. Surg* 18:19,1991.
8. Lassus, C. Osteotomy of superior orbital rim in cosmetic blepharoplasty. *Plast.Reconstr Surg* 63:481,1979.
9. Chajchir A. Endoscopic subperiostal forehead lift. *Aesthetic Plast. Surg* 18:269,1994.
10. Zarem H. Browpexy. *Aesthetic. Surg J*, 24: 368, 2004.
11. McCord C. Browplasty and Browpexy: An adjunct to Blepharoplasty. *Plast.Reconstr Surg* 86,(2) 248,1990.
12. Niechajev I. *Plast.Reconstr Surg* 113,(7):2172,2004.





# Primera Encuesta Nacional de Procedimientos Quirúrgicos y no Quirúrgicos Realizados por Cirujanos Plásticos Argentinos. Período 2004, Resultados y Conclusiones.

Dres. Fabián Pérez Rivera\*, Luis Margaride\*, Daniel Absi\*, Martín Chavanne\*, Paola Gaglio\*\*

\* Cirujanos Plásticos Miembros Titulares SACPER

\*\* Médica Monitora de Ensayos Clínicos

---

## Resumen

Dada la trascendencia en medios gráficos, televisivos y radiales de la supuesta cantidad de prácticas quirúrgicas y no quirúrgicas de nuestra especialidad que nos colocan en un dudoso tercer lugar en el mundo en cuanto a relación cantidad de cirugías/porcentaje de población, las autoridades del XXXV Congreso Argentino de Cirugía Plástica y X del Cono Sur Americano decidieron realizar esta primera encuesta de procedimientos quirúrgicos y no quirúrgicos con fines estéticos realizados por cirujanos plásticos argentinos durante el período 2004. Se aprovechó la concurrencia de colegas de todo el país dada la trascendencia del evento, y con el único fin de poder recabar datos fidedignos y que los mismos estén a disposición de todo aquel interesado en la secretaría de la Sociedad Argentina de Cirugía Plástica.

Se exponen los resultados y las conclusiones. Se realiza comparación con resultados de Sociedades de Cirugía Plástica de otros países. A la vez se emiten recomendaciones a futuros encuestadores.

**Palabras clave:** encuesta; estadística; cirugía plástica

## Summary

During the last XXXV Argentinian Plastic Surgery Congress the members of the executive committee decided to do this first survey about aesthetic surgical and not

surgical procedures made by argentinian plastic surgeon during 2004.

We expose the results and the conclusions. We compare our survey's results whit the survey's results of other plastic surgery society of foreign countries and give advices to futures surveis in our country.

**KEY WORDS:** survey; statistics; plastic surgery

---

## Introducción

En el marco del XXXV Congreso Argentino de Cirugía Plástica y X del Cono Sur Americano se realizó una encuesta de procedimientos quirúrgicos y no quirúrgicos con fines estéticos realizados por cirujanos plásticos argentinos durante el periodo 2004. No existía hasta la fecha de realizada esta encuesta datos reales o fidedignos cercanos o exactos acerca de la cantidad de procedimientos realizados por cirujanos plásticos argentinos.

Se decidió en esta primera encuesta no incluir procedimientos quirúrgicos y no quirúrgicos con fines reconstructivos o reparadores, dado que los procedimientos sobre los que se requería datos más exactos, por la trascendencia en medios gráficos, radiales y televisivos, son aquellos que persiguen un fin estético.



**El encabezado de la encuesta fue el siguiente:**

" 1º Encuesta Nacional de Prácticas Quirúrgicas y no Quirúrgicas en Cirugía Plástica" (sólo para cirujanos plásticos argentinos)

**Estimado colega:**

Dada la trascendencia en medios gráficos, televisivos y radiales de la supuesta cantidad de practicas quirúrgicas y no quirúrgicas de nuestra especialidad que nos colocan en un dudoso tercer lugar en el mundo en cuanto a relación cantidad de cirugías/porcentaje de población, las autoridades del XXXV Congreso Argentino de Cirugía Plástica han decidido realizar esta primera encuesta aprovechando la concurrencia de colegas de todo el país, con el único fin de poder recabar datos fidedignos y que los mismos estén a disposición de todo aquel interesado en la secretaría de nuestra Sociedad.

La encuesta es de carácter anónimo. Le solicitamos tenga a bien perder 5 minutos de su tiempo y ser lo más fiel posible en base al cálculo de las prácticas realizadas durante el período 2004.

Recuerde, estos datos le van a ser útiles a usted, a nuestra Sociedad y a la comunidad en general. Conteste con la mayor veracidad posible.

**Edad: Sexo:**

**Los ítems de la encuesta fueron los siguientes:**

**Procedimientos quirúrgicos 2004**

(número de pacientes)

- 1- Mastoplastia protésica aumentativa con o sin pexia mamaria
- 2- Mastoplastias reductivas y/o pexias sin prótesis
- 3- Lipoaspiración (cualquier zona corporal)
- 4- Dermolipectomías abdominales
- 5- Blefaroplastias superior y/o inferior
- 6- Lifting facial y/o cervical
- 7- Rinoplastia primaria y secundaria
- 8- Auriculoplastias (desde oreja en asa hasta microtia)
- 9- Gluteoplastia protésica aumentativa

10- Mentoplastia/malarplastia con o sin prótesis, solas o combinadas a otro procedimiento

**Procedimientos no quirúrgicos 2004**

(número de pacientes)

- 1- Toxina botulínica
- 2- Rellenos faciales permanentes
- 3- Rellenos faciales transitorios
- 4- Peelings químicos
- 5- Micro y macro dermoabrasión
- 6- Depilación por láses/luz pulsada
- 7- Fotorejuvenecimiento facial ablativo y no ablativo
- 8- ¿Cuál es el relleno facial que más usa?

- Grasa
- Silicona líquida
- Acido hialurónico
- Colágeno bovino
- Colágeno humano
- Poliacrilamida/Polialquimida
- Hidroxiapatita
- Colágeno bovino + Metacrilato
- Acido hialurónico + Metacrilato
- Acido poliláctico

Salvo en la última pregunta de procedimientos no quirúrgicos en donde el encuestado debía informar cuál es el relleno facial que más utiliza, en el resto de las preguntas las opciones de respuesta fueron las siguientes:

- 0
- 1 a 10
- 10 a 20
- 20 a 40
- 40 a 60
- 60 a 80
- más de 80



## Material y Método

Todos los inscriptos al XXXV Congreso Argentino de Cirugía Plástica fueron invitados a completar la encuesta en forma anónima antes de poder retirar sus diplomas. El reclutamiento de datos fue de carácter anónimo. Para aumentar el número de encuestas contestadas se solicitó la entrega de las mismas antes de poder solicitar el certificado de asistencia al Congreso.

Se excluyó de la encuesta a residentes, plásticos en formación, extranjeros, otras especialidades y no médicos. No se excluyó a cirujanos plásticos no miembros de SACPER o filial.

Los ítems abarcados por las preguntas fueron elegidos en base a los que figuran publicados en la página web de la American Society for Aesthetic Plastic Surgery, que a la vez es la página de referencia de la mayoría de los medios de comunicación masiva.

Se solicitó vía e-mail al resto de las Sociedades de Cirugía Plástica del Cono Sur los resultados de alguna encuesta que tuvieran de procedimientos quirúrgicos y no quirúrgicos con fines estéticos. Los e-mails de las diferentes sociedades fueron aportados por la secretaria de la Sociedad Argentina de Cirugía Plástica (SACPER).

El resultado de la solicitud de resultados de encuestas de procedimientos quirúrgicos y no quirúrgicos con fines estéticos durante el período 2004 realizado vía e-mail a las Sociedades de Cirugía Plástica del Cono Sur Americano fueron los siguientes:

Las Sociedades de Cirugía Plástica de Uruguay y Chile contestaron refiriendo no poseer encuesta o estadística alguna.

La Sociedad de Cirugía Plástica Brasileira respondió con los resultados del período 2003 (ver cuadro).

La Sociedad Paraguaya de Cirugía Plástica no respondió. Se decidió aumentar el número de sociedades abarcadas, por lo que se envió e-mails a las Sociedades de Cirugía Plástica de Colombia, Venezuela, Perú, Bolivia y Ecuador no recibiendo respuesta.

## Resultados

Se recibieron 225 encuestas. Se aceptaron como correctas 220. Dos se descartaron por edad menor a la estipulada para ser cirujano plástico formado y por lo tanto llenada por médico en formación, y 3 por haber sido entregadas sin marcar ninguna respuesta.

Si consideramos que hubo un total de inscriptos potencialmente encuestables de 394 (222 SACPER, 157 filial, 45 asistentes), esto hace que en la actualidad la encuesta fue contestada por el 60% de los potenciales encuestados.

El promedio de edad de cirujanos plásticos encuestados fue

de 45 años, con un rango de los 28 años a los 70 años. Solo 10% de los cirujanos encuestados fueron mujeres.

El total de procedimientos quirúrgicos con fines estéticos de la encuesta 28.205 (promedio de 128 cirugías anuales por cada cirujano).

El total de procedimientos no quirúrgicos con fines estéticos de la encuesta 22.235 (promedio de 101 procedimientos por cada cirujano).

La práctica quirúrgica o no quirúrgica más realizada fueron los rellenos (permanentes 3860 + transitorios 3760); total 7620 casos (15% del total de las prácticas). El resto de los resultados los vemos en el Cuadro 1.

El procedimiento quirúrgico más realizado fue la lipoaspiración con 5690 casos (20% del total de las prácticas quirúrgicas). El resto de los resultados lo vemos en el Cuadro 2.

El procedimiento no quirúrgico más realizado fueron los rellenos con 7620 casos (34% del total de los procedimientos no quirúrgicos con fines estéticos). El resto de los resultados los vemos en el Cuadro 3.

El relleno más utilizado fue el ácido hialurónico. El resto de los resultados de los rellenos utilizados los vemos en el Cuadro 4.

El 73% de los cirujanos plásticos encuestados no realizó en el período 2004 ninguna gluteoplastia de aumento.

El 35% de los cirujanos plásticos encuestados no realizó en el período 2004 ninguna mentoplastia.

### Cuadro 1

Ranking general totales/porcentaje sobre el total de prácticas quirúrgicas y no quirúrgicas

1º) Rellenos	(7620)	15%
2º) Lipoaspiración	(5690)	11%
3º) Aumento protésico mamario	(5295)	10%
4º) Toxina botulínica	(4765)	9%
5º) Blefaroplastia	(3545)	7%
6º) Peelings	(3480)	6,5%
7º) Rinoplastia	(3130)	6%
8º) Depilación láser/luz pulsada	(3125)	6%
9º) Dermolipectomía	(2695)	5%
10º) Lifting facial y/o cervical	(2585)	5%



**Cuadro 2**

Ranking de procedimientos quirúrgicos		
1º) Lipoaspiración	(5690)	20% del total de las prácticas quirúrgicas
2º) Mastoplastia protésica aumentativa	(5295)	19% del total de las prácticas quirúrgicas
3º) Blefaroplastia	(3545)	12,5%
4º) Rinoplastia	(3130)	11%
6º) Dermolipectomía	(2695)	9,5%
6º) Lifting facial y/o cervical	(2585)	9%
7º) Mastoplastias reductivas	(2445)	8,5%
8º) Auriculoplastia	(1400)	5%
9º) Mentoplastia	(1115)	4%
10º) Gluteoplastia	(305)	1,5%

**Cuadro 3**

Ranking de procedimientos no quirúrgicos		
1º) Rellenos total	7620	(34% del total de los permanentes 3860 + transitorios 3760) procedimientos no quirúrgicos con fines estéticos
2º) Toxina botulínica	(4765)	21%
3º) Peeling químico	(3480)	15,5%
4º) Depilación por láser/luz pulsada	(3125)	14%
5º) Dermoabrasión	(2165)	10%

**Cuadro 4**

El ranking de los materiales de relleno mas usados fue:

- 1º) Acido hialurónico
- 2º) Grasa
- 3º) Silicona líquida
- 4º) Colágeno bovino
- 5º) Colágeno humano

## Discusión

Al solicitar la entrega de la encuesta antes de entregar certificados de asistencia al Congreso, nos aseguramos una mayor participación de los colegas que en anteriores oportunidades nos resultó esquivada.

El hecho de que la encuesta sea de carácter anónimo debe darle la tranquilidad al cirujano plástico para poder volcar sus datos en forma más real y fidedigna sin miedo a exponerse en manera alguna ante sus colegas.

Si consideramos que actualmente hay 712 miembros titulares de las filiales de la SACPER, tenemos una proyección de 163.242 procedimientos quirúrgicos y no quirúrgicos (91.282 quirúrgicos y 71.960 no quirúrgicos) con fines estéticos realizados por cirujanos plásticos acreditados por la SACPER o alguna de sus filiales durante el período 2004. Hay que recordar que solo cuantificamos los procedimientos incluidos en los ítems de la encuesta.

De los Estados Unidos tenemos datos exactos del total de procedimientos quirúrgicos con fines estéticos durante el período 2004 (Cuadro 5); del Brasil obtuvimos datos de idénticos procedimientos pero del período 2003 (Cuadro 6); de la Argentina realizamos una proyección de los datos obtenidos durante el XXXV Congreso Argentino de Cirugía Plástica sobre procedimientos con tal fin durante el período 2004. Permittiéndonos comparar los resultados de los 3 países (datos reales y proyección) con el total de la población (valores aproximados) de la Argentina (40 millones de habitantes), Estados Unidos (300 millones de habitantes) y Brasil (180 millones de habitantes) obtuvimos los siguientes resultados:

### Comparación total anual de procedimientos quirúrgicos y no quirúrgicos con fines estéticos

Argentina 163.242 (1 procedimiento con fin estético anual cada 245 habitantes)

Estados Unidos 11.900.000 (1 procedimiento con fin estético cada 25 habitantes)

### Comparación total anual de procedimientos quirúrgicos con fines estéticos

Argentina 91.282 (1 procedimiento quirúrgico con fines estéticos cada 438 habitantes)

Brasil 374.271 (1 procedimiento quirúrgico cada 480 habitantes)

Estados 6.600.000 (1 procedimiento quirúrgico cada 45 habitantes)

## Conclusiones

El fin buscado por los autores de esta encuesta fue lo-



gar datos más fidedignos sobre las prácticas quirúrgicas y no quirúrgicas realizadas por cirujanos plásticos argentinos acreditados.

El entorno del Congreso Argentino de Cirugía Plástica resultó el ámbito ideal para la realización de la encuesta dado la convocatoria que provoca de cirujanos plásticos de todo el país.

Sería ideal poder enviar vía e-mail una encuesta más amplia y detallada, incluso con procedimientos de tipo reconstructivo, para ser completada con tiempo y con la posibilidad del colega de consultar sus archivos e historias clínicas para aumentar la veracidad de los resultados de la encuesta. Esto ya fue intentado por los autores en años anteriores no encontrando adhesión a la propuesta por parte de los colegas.

Se recomienda a futuros encuestadores descartar para futuras muestras a aquellos que no sean miembros titulares de filiales SACPER.

Se busca de esta forma dar datos fidedignos acerca de parte de la actividad de nuestra especialidad, se enaltece a aquellos que decidieron ser miembros titulares de la SACPER y/o filiales, siendo los únicos referentes para estas encuestas, y se espera estimular a futuros encuestadores a repetir esta experiencia año a año para poder seguir el rumbo de nuestra especialidad.

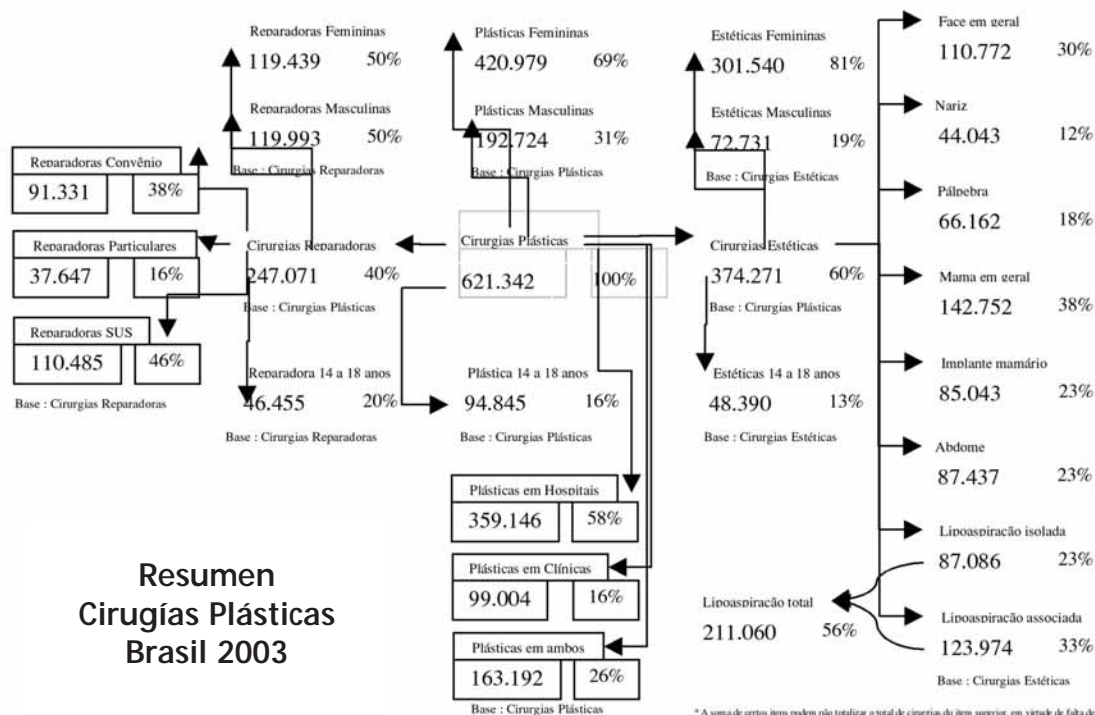
guir el rumbo de nuestra especialidad.

Si ya de por sí nos resultó difícil la tarea de recabar los datos aquí vertidos, resulta por lo menos sospechoso la precisión de datos acerca de cantidad de procedimientos quirúrgicos y no quirúrgicos que se realizan anualmente en nuestro país, la curva ascendente anual – nuevamente con datos precisos – y hasta los porcentajes de distribución de la muestra en cuanto a sexo y edad que figuran en los medios de comunicación.

Sabemos que cirujanos plásticos no acreditados (aproximadamente la misma cantidad que los acreditados) y médicos de otras especialidades (aproximadamente el doble de la cantidad de cirujanos plásticos acreditados) e incluso no médicos, realizan prácticas quirúrgicas y no quirúrgicas con fines estéticos. Sabemos también que este problema es común en otros países. Pero al igual que las Sociedades de Cirugía Plástica de dichos países, tanto lo medios de comunicación como la SACPER deben valorar solo las prácticas realizadas por sus miembros acreditados.

Por otro lado, se busca echar por tierra datos tergiversados por los medios de comunicación masiva acerca de la cuantía de procedimientos realizados por los cirujanos plásticos argentinos.

Cuadro 5. (Fuente: Secretaría Sociedad Brasileira de Cirugía Plástica)



\* A soma de certos itens podem não totalizar o total de cirurgias do item superior, em virtude de falta de informação por parte do respondente. Mesmo neste caso, o percentual reportado soma 100%, tendo como base todos os casos informados.



**Cuadro 6.** (Fuente: The American Society for Aesthetic Plastic Surgery)

Total de procedimientos quirúrgicos y no quirúrgicos con fines estéticos período 2004 = 11.900.000

Lipoaspiración	478.251	Botox	2.837.346
Aumento mamario	334.052	Depilación láser	1.411.899
Blefaroplastia	290.343	Peeling químico	1.110.401
Rinoplastia	166.187	Microdermoabrasión	1.098.316
Lifting facial	157.061	Rellenos transitorios	882.469

## Bibliografía

The American Society for Aesthetic Plastic Surgery. [www.surgery.org](http://www.surgery.org)

Rohrich, R. The American Society of Plastic Surgeons' Procedural Statistics: What They Really Mean. *Plastic and Reconst Surg*:Vol 112(5) October 2003 pp 1389-1392.

Rohrich, R. The Increasing Popularity of Cosmetic Surgery Procedures: A Look at Statistics in Plastic Surgery. *Plastic and Reconst Surg*:Vol 106(6) November 2000 pp 1363-1365.

Cuadro 5 (Fuente: Secretaria Sociedad Brasileira de Cirurgia Plástica)





❖ **Curso Anual de Actualización en Cirugía Plástica 2005**

Del 10 de mayo al 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  
2° y 4° 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:** 1° de julio

**Inscripción:** Av. Santa Fé 1611 - 3° 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 Iberolatinoamericana 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:** Manuela R. 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

❖ **Comentario Asamblea SACPER**

El día 20 de octubre de 2005 a las 19.00 horas, en segunda convocatoria se realizó, en la sede de la Sociedad Científica Argentina, la continuación de la Asamblea. Con la presencia de 30 socios.

Se trató la modificación del reglamento luego de un intercambio de opiniones, se llegó a la conclusión que no había sido lo suficientemente analizadas las modificaciones propuestas y se encomendó a la Comisión Directiva que siguiera analizándolas y mejorándolas y que el tema fuera tratado en otra Asamblea.

Siendo las 20.00 horas se termina la reunión.

• **Normas Éticas que rigen las Páginas Web**

**Estimado Consocio:**

Ante las consultas recibidas con respecto a las normas éticas que rigen las páginas webs de nuestros miembros, hemos consultado al Departamento Legal de la SACPER obteniendo la siguiente respuesta:

" De conformidad con nuestro Estatuto y Reglamento y conforme a los dispuesto con las normas de los Códigos de Ética Profesional que nos rigen ( AMA, COMRA y FI-



LACP) y lo establecido en la ley 17132 (art.20 y concords) le recordamos que se encuentra absolutamente prohibida la publicidad por cualquier medio gráfico, oral, electrónico o por cualquier otro medio relativa al ejercicio profesional que contenga expresiones engañosas, que incluyan fotografías del "antes" y del "después" o den a conocer los honorarios para uno o cualquiera de los distintos tratamientos, aplicaciones terapéuticas o diagnósticos que se pudieran efectuar. Toda violación a estas disposiciones hará que – hasta de oficio – la Comisión Directiva de esta Sociedad adopte las resoluciones necesarias destinadas a dar la pertinente intervención a la Comisión de Ética Profesional y a los organismos oficiales nacionales o provinciales o los fines efectos que pudieren corresponder. Quedan ustedes debidamente notificados."

Le solicitamos consultar al Director de Publicaciones ante cualquier duda que pueda surgir concerniente a este tema.

En otro orden de cosas le informamos que la Fundación Docente de la FILACP está encargada de la convocatoria de Becas para Rotación de Residentes. El valor de la be-

ca es de U\$S 2000. Los detalles para las mismas se encuentran en [www.filacp.org/noticias](http://www.filacp.org/noticias).

Sin otro particular, saludamos a Ud. muy atentamente.

Dr. Héctor Marino Dr. A. Aldo Mottura  
**Secretario General Presidente**

❖ Los días 10 y 12 de noviembre de 2005, se llevó a cabo la Campaña Solidaria de la Pcia. de San Juan a la que concurrieron los Dres. Rodolfo Rojas, Guillermo Frauje, las Dras. Susana Ruiz, María Naghama, Martha Mogliani, la anestesista: María Elena Almira, la odontóloga: Dra. Cristina Miyasshiro y la fonaudióloga Ana Tamashirc, se contó con la colaboración de los Dres. Sues, Garces, Dra. García, Dr. Marcelo Cortinez y colaboradores. Se atendieron 90 niños a los que se le indicó tratamiento quirúrgico, odontológico y foniatrico, se operaron 13 niños.

Quedó fundado el centro de referencia para niños F.L.A.P. para la región cuyana. Cumpliendo así el objetivo de crear centros regionales, en los que los niños sean atendidos por los cirujanos plásticos del lugar.







## 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.

#### • **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



• **15 de noviembre de 2005**

Temas:

- Antibióticos para infecciones de piel, por la Dra. Teresa

Zitto (Infectóloga)

- Métodos mini invasivos:

- Suspensiones con hilos de polipropileno

- Tercio superior, medio, inferior con cuello

- Alcances, durabilidad y complicaciones

- Algoritmo de la técnica

- Tratamiento de la parálisis facial periférica

- Vídeos con demostraciones quirúrgicas

Invitados:

Dr. M. Beramendi - Río de Janeiro

Coordinadores: Dr. Francisco Errea - Dra. Martha Mogliani

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

Durante los días 21 y 22 de octubre de 2005 se realizó el X Simposio Internacional de Cirugía Plástica "Siglo XXI". El mismo contó como conferencistas al Dr. Daniel Baker, de New York, quien abordó el tema ritidectomía de una manera exhaustiva, demostrando su gran experiencia en el tema.

El Dr. Ronald Gruber de Oakland fue conferencista sobre rinoplastias, donde nos mostró su gran habilidad para la resolución en rinoplastia secundaria, usando diferentes vías de acceso y recursos.

El Dr. Alain Fogli de Marsella (Francia) en tres conferencias, abordó lifting frontal, platisma y lifting de cara y cuello.

El ya tradicional Simposio fue un éxito de concurrencia, contando con más de 600 inscriptos.

Felicitemos a los organizadores por la labor realizada y el fruto obtenido.

• **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



## 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

### 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 Siemenczuk - guillermosie@arnet.com.ar

**Vicepresidente:** Dr. Ernesto Moretti - drmoretti@tutopia.com

**Secretario:** Dr. Carlos Zavalla

• **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 prepiroso

**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

### 9 y 10 de diciembre 2005

Reunión Anual del Capítulo de Cirugía Estética de la Sociedad Argentina de Cirugía Plástica Estética y Reparadora. SACPER. Jornadas de Cirugía Plástica Mendoza 2005 [www.jornadasmendoza.8m.com](http://www.jornadasmendoza.8m.com)

### Expo - Estética & Medicina

Hotel Aconcagua - Mendoza - Argentina

#### Organizan:

• Capítulo de Cirugía Estética de la Sociedad Argentina de Cirugía Plástica Estética y Reparadora S.A.C.-P.E.R. (Director de Capítulo: Dr. Carlos Mira Blanco)

• Filial Mendoza de la Sociedad Argentina de Cirugía Plástica Estética y Reparadora SACPER

**Presidente:** Dr. Luis Sananes

**Secretaría e Inscripciones:** Teléfono: 0261-4257319

Fax: 0261-4298555

luissananes@hotmail.com

#### Auspicios:

Sociedad Argentina de Cirugía Plástica Estética y Reparadora [www.sacper.org.ar](http://www.sacper.org.ar)

Círculo Médico de Mendoza

Asociación de Clínicas y Sanatorios de la Provincia de Mendoza

Facultad de Ciencias Médicas UNC

**Reservaciones:** Ineltur. [msaal@inelturviajes.com](mailto:msaal@inelturviajes.com)



**Sede:** Hotel Aconcagua: [www.hotelaconcagua.com](http://www.hotelaconcagua.com)  
[eventosha@hotelaconcagua.com](mailto:eventosha@hotelaconcagua.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](mailto:wbritos@gigared.com)

**Vicepresidente:** Dr. Jorge Díaz García

Av. Wilde 329- Resistencia – Chaco

Tel: 03722- 423536/ 413036

Mail: [esteticadg@femechaco.com](mailto:esteticadg@femechaco.com)

**Secretaria General:** Dra. Iris Hebe Blanco

Tucumán 1464 (3400) Corrientes

Tel: 03783- 434946

Celular: 03783- 15666708

Mail: [drahebeblanco@yahoo.com.ar](mailto:drahebeblanco@yahoo.com.ar)

