



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. Aldo Mottura

Editora: Dra. Martha Mogliani

Secretarios de Redacción:

Dr. Héctor Marino (h)

Dr. Oscar 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 Laguinge (Cirujano Maestro)

Dr. Eduardo Marino (Miembro Honorario Nacional)

Dr. Osvaldo Orduna (Miembro Honorario Nacional)

Dr. Luis F. Albanese (Miembro Honorario Nacional)

REGISTRO PROPIEDAD INTELECTUAL: Expediente N° 687144.

Inscripta en el Boletín de OPS/OMS.

Los trabajos de esta Revista se incluyen en la **BASE DE DATOS MEDICA LILACs**, en la **SOCIEDAD IBEROAMERICANA DE INFORMACION CIENTIFICA** (Buenos Aires Argentina).

La Revista Argentina de Cirugía Plástica es una publicación de la **Sociedad Argentina de Cirugía Plástica, Estética y Reparadora**.
Comité de Redacción: Dra. Martha Mogliani. Av. Santa Fe 3401 17° C.
E-mail: mmogliani@intramed.net

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

Sumario

17 a 19 Editorial

20

Tratamiento quirúrgico de las hipertrofias mamarias. Treinta años de experiencia. Mastoplastia a pedículo superointerno, colgajo inferior y doble quilla

28

Detalles técnicos para el implante de pesa de oro. Mi experiencia

33

Modificación de una técnica quirúrgica para el tratamiento de malformaciones arteriovenosas craneofaciales

38

Suspensión de tercio medio de cara con tensores: Revisión de técnica

46

Innovadora pinza lumínica

48

Utilización de la fotografía en Cirugía Plástica

50

Noticias SACPER

52

Actividades 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 Único a M.T.

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

Comisión Informática

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

Relación con Filiales

Dr. Víctor Oscar Vassaro

Historia de la SACPER

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

Comité de Recertificación

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

Parlamentario

Dr. Héctor Marino (h)

Centro de Referencia y Contrarreferencia para el Tratamiento de Fisuras Labioalveolopalatinas

Asesor: Dr. Rodolfo Rojas

Directora General:

Dra. Susana Ruiz

Coordinadora General:

Dra. Martha Mogliani

Coordinadora Científica:

Dr. 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 Reparadora

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

Sociedades Filiales Años 2005-2006

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 M. Ginesin
Secretario General: Dr. Héctor 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. Roberto Lamonega
Vicepresidente: Dr. Jorge Walter Canestri
Secretario: Dr. Carlos Daniel Schreiner

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

Arturo Frondizi 986 - Torre I 10°C - (3500) Resistencia - Chaco
Tel/Fax: (03722) 43-5393
Presidente: Dr. Jorge Díaz García
Vicepresidente: Dr. Eduardo Gómez Vara
Secretario: Dr. Sergio Martínez

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. José Luis Tesler
Vicepresidente: Dr. José Luis Soplan
Secretario General: Dr. Gustavo Invierno

Sociedad de Cirugía Plástica de Tucumán

Colegio Médico de Tucumán- Las Piedras 496- (4000) San Miguel de Tucumán.
Tel./ Fax: (0381) 422-0658
Presidente: Dr. Miguel Ángel Corbella
Vicepresidente: Dr. Hugo Mayer
Secretario: Dr. Roberto Serrano



Editorial



Bienvenidos al Encuentro de Talentos Congreso FILACP-2006 en Buenos Aires

Querido colegas y amigos:

Es un placer y un honor ocupar este espacio en la Revista Argentina de Cirugía Plástica para saludarles cordialmente y ofrecerles, en nombre del Comité Ejecutivo de la FILACP, el Comité Organizador del Congreso y la Junta Directiva de la SACPER, una cálida y cordial ¡Bienvenida! a la ciudad de Buenos Aires, con motivo de la celebración del XVI Congreso de la FILACP, que se llevará a cabo del 28 de marzo al 1 de abril, en el Hotel Buenos Aires Sheraton.

La maravillosa oportunidad de encontrarnos esta vez en la cosmopolita ciudad de Buenos Aires, en un entorno lúdico y exótico de tangos y bandoneón, enriquecido por la diversidad del ecosistema de un país exuberante como Argentina, nos brinda la oportunidad de convertir este Encuentro de Talentos, en una experiencia inolvidable

El Comité Organizador del Congreso, presidido por el Dr. Horacio García Igarza con el invaluable apoyo de la Sociedad Argentina de Cirugía Plástica a cargo del Dr. Aldo Mottura, de la Secretaria General de la FILACP, el Comité Ejecutivo, los Capítulos y Comités, han trabajado en equipo para programar una interesante jornada académica, social y gremial, capaz de satisfacer las expectativas de todos los asistentes, con una gama de atractivos logísticos y turísticos al alcance de todos.

Nos asiste la enorme responsabilidad de elegir una vez más, en forma acertada y altruista, a los nuevos dignatarios para conformar el Comité Ejecutivo, los Capítulos y Comités de la FILACP durante el próximo período 2006-2010, lo cual demanda de nosotros identificar y escoger el perfil de verdaderos líderes, para continuar jalonando el desarrollo y avance de nuestra especialidad, a fin de seguir posicionándola en el contexto mundial, con base en la invaluable producción intelectual de nuestro talento humano.

El haber ganado la sede para realizar la reunión del Comité Ejecutivo de IPRAS-2006, durante el Congreso FILACP 2006 en Buenos Aires, es la mejor ocasión para mostrar las grandes fortalezas de nuestro gremio Ibero-latinoamericano, si se tiene en cuenta que en dicha reunión, programada el día 26 de marzo, se realizará la primera presentación oficial de las cinco Sociedades candidatas a la sede del Congreso Mundial IPRAS 2011, y nuestra hermana Sociedad Chilena competirá en representación de todas las Sociedades que conforman nuestra Federación.

Nuestro compromiso es ahora, y no podemos perder la visión del Norte que todos compartimos. Hemos crecido y madurado en torno a la cultura académica y gremial, y somos testigos de los beneficios y fortalezas del trabajo en equipo. Solo nos resta continuar trabajando en forma sostenible y eficiente con igual o mayor entusiasmo, para poder garantizar los frutos de nuestro esfuerzo a largo plazo.

Hoy los invito a tener presente que: " El tiempo, que hace efímeras todas las cosas, también hace eterno, lo más maravilloso..... un reencuentro de amigos y colegas " .

Cordialmente

Manuela Berrocal R.M.D.
(Secretaria General de la FILACP)



Editorial

Queridos amigos ibero-latinoamericanos:

Cada dos años nos toca a la comunidad ibero-latinoamericana encontrarnos en alguna parte linda de nuestros continentes. Así nos vimos en Sevilla y hace poco en Cartagena.

Los congresos son siempre una hermosa oportunidad para aprender y repasar, cuestionarse y replantearse cosas, sirven para motivarse o a veces desencantarse de lo que uno aprendió. Allí mostramos nuestros trabajos, observamos que están haciendo nuestros colegas y en qué lugar estamos cada uno de nosotros. También podemos acercarnos a los expertos, allanar nuestras dudas e intercambiar opiniones con ellos. Los exhibidores no son menos importantes en un congreso, ya que nos permiten adquirir o reemplazar los elementos con que trabajamos diariamente.

La Comisión Organizadora del Congreso ha trabajado intensamente en la preparación de un programa científico completo, de todas las ramas de esta especialidad que esperamos llenen las expectativas generales de los asistentes. Durante los eventos sociales y en estos cinco días de contacto, tendremos la oportunidad de volver a ver nuestros amigos, de ver cómo crecen quienes han sido nuestros discípulos, de viajar con nuestras familias, de conocer o volver a los lugares lindos que tiene toda sede, y de disfrutar los muy selectos y distinguidos espectáculos musicales. El Comité de Damas, se encargará de sus acompañantes haciéndoles pasar momentos únicos. También se ha tenido el cuidado de presentarles una Exhibición Comercial completa y moderna.

Al realizarse días previos al congreso, la reunión del EXCO de IPRAS nos brindará la posibilidad de que prestigiosos colegas de remotos lugares puedan participar y enriquecer más aún nuestro programa científico, que sumado a lo más granado de la especialidad ibero-latinoamericana, le da a este evento una trascendencia inesperada.

En Buenos Aires van a encontrarse con una ciudad maravillosa, antigua y moderna a la vez, llena de galerías comerciales, restaurantes, teatros y selectos paseos que le harán pasar momentos inolvidables. Este hermoso país les ofrece la posibilidad de realizar tours por las montañas, por las playas, por la nieve, visitar las Cataratas, así como pescar o cazar. Con la calidez que caracteriza nuestra hospitalidad, la Secretaría del Congreso estará siempre dispuesta para que se sientan cómodos y pasen momentos de alegría y felicidad.

La Sociedad Argentina de Cirugía Plástica les da la bienvenida y los esperamos con el corazón contento y con los brazos abiertos para estrecharlos en un fraternal y afectuoso abrazo.

Dr. A. Aldo Mottura
(Presidente de la SACPER)



Editorial

Encuentro de amistad

En estas páginas damos la bienvenida a todos los colegas que con su concurrencia, sus exposiciones científicas y que, junto a la fraternidad que nos une a todos, estamos construyendo una Sociedad Ibero-latinoamericana grande, fuerte. Hoy la Sociedad Argentina de Cirugía Plástica, Estética y Reparadora (SACPER) ha tenido el honor y el privilegio de organizar este encuentro en un clima de fraternidad y amistad, palabra esta última que representa los sentimientos más nobles con que se vinculan los seres humanos.

Este es un encuentro generoso, donde tenemos la oportunidad de ayudarnos, enriquecernos, comprendernos y comunicarnos; porque la amistad produce el verdadero encuentro que nos eleva a un plano de creatividad, cordialidad, comprensión y respeto. La primera condición del encuentro es la generosidad, que florece en la integración armónica y auténtica de todos nosotros, tanto expositores o concurrentes. Todos unidos en un afán de revelar la honradez, autenticidad y la laboriosidad de nuestro trabajo cotidiano a través de las exposiciones científicas que demuestran la labor, el esfuerzo, la creatividad por elevar nuestra especialidad que hoy, en muchos lugares del mundo se encuentra despreciada por el accionar indigno, utilitario y mercantilista de algunos, muy pocos, colegas. A ellos sí los consideramos enemigos de nuestra especialidad y de nuestras sociedades científicas, tengamos como respuesta "hazte mejor que ellos" y, es en encuentros como en el que hoy estamos asistiendo, donde se logra.

No olvidemos que los que ejercemos el arte de la Cirugía Plástica, lo hacemos a través de querer lograr la belleza, lo estético; difícil y arduo tema es el tratar de resumir estos conceptos en una definición.

Griegos y romanos entendían la belleza como el "esplendor del orden" luego, a través de los tiempos, se fue agregando "esplendor de la verdad, de la forma"; los que deben llevarse a cabo con mesura y proporción y, a partir de esa manera de actuar se obtiene la armonía que podemos asimilar a: integridad de partes, simetría, orden, coherencia, diríamos que las fuentes de belleza son la forma y la expresión. Con frecuencia tomamos una forma de belleza como modelo y dejamos de lado otras que no se ajusten a sus condiciones, sin darnos cuenta que dentro del concepto de lo bello está la luminosidad que es producida por la manifestación de lo interno, es la tensión o fuerza interior la que vivifica al ser humano, descubriéndolo y mostrándolo en forma visible a través de su corporeidad.

La belleza externa está sujeta a alteraciones como el envejecimiento, la forma se deteriora o se desvanece; sin embargo, hay otra forma de belleza más duradera, más ligada a la expresión que a lo estrictamente plástico, que revela una intimidad personal que afecta primariamente al rostro y se extiende al cuerpo, que proporciona una capacidad de incitación y atracción que va más allá de lo morfológico, que hace que ese rostro y ese cuerpo sean únicos.

Bienaventurado el cirujano plástico que tiene el privilegio de "ver" la belleza en ese conjunto, porque tendrá el éxito profesional, pero lo que es más importante el agradecimiento de sus pacientes.

En este encuentro, además de las más prestigiosas figuras a nivel mundial, se encuentran los jóvenes cirujanos plásticos a los que debemos inculcarles que nuestra especialidad es además de una ciencia, creatividad; sabiendo que al igual que el compositor, el escritor, el pintor, algunas personas tienen más dones que otras y que producimos efectos reales en las personas, por eso creo que es necesario que lo que realizamos debemos hacerlo lo más sencillo posible, pero no más simple.

Volviendo al punto de partida, este encuentro de amistad, destaca el valor del conocimiento y la experiencia que, si son verdaderos, producen el progreso y la transformación, en una interacción entre diferentes escuelas quirúrgicas, diversas corrientes científicas.

Quiero destacar la gran labor realizada por los organizadores, felicitándolos por la organización de este Congreso.

"La belleza es un acuerdo entre el contenido y la forma" (Henrik Ibsen)
(Dra. Martha O. Mogliani, Editora)



Tratamiento quirúrgico de las hipertrofias mamarias. Treinta años de experiencia. Mastoplastia a pedículo superointerno, colgajo inferior y doble quilla

Dr. Enrique P. Gagliardi*

*Director de la Carrera de Cirugía Plástica de la Pontificia Universidad Católica Argentina "Santa María de los Buenos Aires"

Resumen

Las hipertrofias mamarias constituyen un problema físico, psíquico y social que genera conflictos en quien las padece. La mastoplastia reductiva debe ser una técnica segura, conservando la función y dando una buena forma resultante con un mínimo de complicaciones.

Se compara la evolución de la técnica de mastoplastia reductiva luego de 30 años de experiencia. Se la divide en dos períodos: 1975-1985 y 1985-2005. En el primer período se empleó la técnica de Strombeck y en el segundo la técnica a pedículo superointerno, colgajo inferior y doble quilla.

Se estudian las características y grado de hipertrofia, la técnica empleada, y se comparan los resultados obtenidos y las complicaciones en 500 mastoplastias bilaterales (250 pacientes).

Se concluye que la técnica debe ser segura, no alterar la función y dejar buena forma buscando cicatrices cada vez más cortas. La mastoplastia a pedículo superointerno, colgajo inferior y doble quilla reúne estos requisitos.

Palabras clave: cirugía mamaria; hipertrofia; reducción

Abstract

The mammary hypertrophies constitute a physical, psychic and social problem that generates conflicts in who suffers it. The breast reduction should be a sure technique, preserving the function and giving a good form resultant with a minimum of complications.

The evolution of the technique of breast reduction is compared after 30 years of experience. The experience is divided in two periods: 1975-1985 and 1985-2005. In the first period the Strombeck's technique was used and in the second period the technique used was the superointernal pedicle

technique.

It is studied the characteristics and hypertrophy degree, the technique employed, the obtained results and the complications are compared in 500 bilateral mammoplasties (250 patients).

The technique should be safe, not to alter the function and to leave good form looking for more and more short scars. The superointernal pedicle technique, inferior flap and double keel gathers these requirements.

Keywords: surgery breast; hypertrophy; reduction.

Introducción

He observado durante 30 años la evolución de las técnicas de mastoplastia de reducción. En este lapso de tiempo se produjo un cambio conceptual importante y esta evolución no parece haberse detenido.

En la primera parte de este período las diversas técnicas competían por buscar el pedículo más seguro y, más recientemente, por lograr cicatrices más cortas.

En 1975 inicié mi experiencia en mastoplastia reductora en el ex Hospital "Guillermo Rawson" de la ciudad de Buenos Aires.

Si bien consolidamos nuestra formación de cirujanos con las técnicas de Strombeck (1960),(1) Pitanguy (1962)(2,3,4) y Skoog (1963),(5) éstas se caracterizaban por la dificultad de translación del complejo aréola-pezones sin poner en riesgo su vitalidad, por el sufrimiento de la piel y tejidos más profundos, en la intersección de cicatrices, que en algunos casos llegaba a necrosis importantes, y por la escasa o nula resección en la zona lateral externa de la mama con la consiguiente deformidad residual.

Es por ello que se desarrolló una técnica que, como todas ellas, toma de otras algunos aspectos, los modifica



y produce algunas innovaciones.

En toda técnica de reducción mamaria hay tres aspectos fundamentales a tener en cuenta:

La marcación que dará lugar a la cicatriz resultante, el pedículo neurovascular que dará sensibilidad y nutrición al complejo aréola-pezones y el tratamiento de los tejidos subcutáneos, tanto en la forma y cantidad de la resección como en el tratamiento de los tejidos remanentes. La técnica que se desarrolla en el siguiente trabajo se emplea tanto en las hipertrofias que necesitan mastoplastias de reducción como en las hipomastias con ptosis que sean pasibles de una mastopexia sin colocación de prótesis.

En este trabajo veremos cada uno de estos aspectos, se compararán técnicas y es intención exponer la experiencia de 30 años en relación a las mastoplastias reductivas. Nunca está demás recordar el valor indiscutible de la evaluación preoperatoria y la consideración de los factores de riesgo como las displasias severas, antecedentes familiares de afecciones neoplásicas, en particular mamas, y la contribución indiscutible de la mamografía en el diagnóstico precoz de las mismas.

Uno de los principales inconvenientes con que se tropieza al realizar tanto mastoplastias reductivas como las mastopexias, ha sido encontrar una manera técnicamente fácil, segura y adecuada de transponer el complejo aréola-pezones a su nueva posición, manteniendo su vitalidad y sensibilidad y obteniendo un resultado cosméticamente aceptable.

Los métodos usuales para la transposición de la aréola han sido:

- a) El colgajo transversal bipedunculado (Strombeck 1960)(1)
- b) El colgajo superior (Weiner 1973,(6) Arufe 1972, 1975;(7,8) Orlando 1975(9)
- c) El colgajo superoinferior (Mc Kisson 1972(10,11)
- d) El colgajo lateral externo (Skoog 1963 (5)

Hemos empleado durante muchos años el colgajo descrito por Strombeck(1) comprobando que habitualmente la tensión en el complejo aréola-pezones transpuesto es excesiva, llevando a una deformidad del mismo en el posoperatorio con retracción del pezón y de la porción inferior areolar.

En un intento por resolver este problema se utilizó el colgajo vertical bipedunculado recomendado por Mc. Kisson,(10,11) que tuvo como ventajas una buena movilización de la aréola, pero en nuestra experiencia el porcentaje de pérdida de sensibilidad en la región areolar fue alto (la mitad de los casos).

Sin embargo, esta técnica dada la presencia del sector inferior del colgajo, presenta dos grandes ventajas:

- 1) La disminución de la necrosis en la intersección infe-

rior de las suturas por el apoyo y relleno que el mismo brinda en dicho punto, lo que evita espacios muertos y colecciones.

- 2) Un buen relleno del polo inferior de la glándula, lo que produce una mayor convexidad en la misma y un perfil característico de la mama juvenil.

Tratando de combinar las ventajas de estas técnicas, en el segundo período de nuestra experiencia, comenzamos a utilizar un colgajo a pedículo superointerno que nos permitiera una buena movilización del complejo aréola-pezones y nos asegurara buena sensibilidad y vitalidad a los mismos, agregando a esto un colgajo dermograso de forma rectangular o triangular a pedículo inferior que no se utiliza como pedículo de la aréola y pezón sino como relleno, tal como se lo viéramos hacer al Dr. Francisco Arespacochaga en la Sala 7 del Hospital "Guillermo Rawson", descrito por Peixoto(12) y Ribeiro,(13,14) cuando confeccionaba el triángulo inferior en su técnica de mastopexia, pero con ciertas variantes de forma y colocación seccionándolo en su borde y fijándolo a la aponeurosis del pectoral, pudiendo además regular a voluntad el espesor del mismo, con lo que corregimos pequeñas diferencias de volumen con la posibilidad de plegar sobre sí mismo su extremo distal para obtener mayor proyección anteroposterior.

También agregamos una quilla externa, a la media descrita por Pitanguy(2,3,4) que nos permitiera una resección en la zona lateral externa de la mama evitando la deformidad residual.

Materiales y método

Técnica

Comparación entre técnicas:

Se evaluaron los siguientes parámetros generales para estudiar el total de las 250 mastoplastias bilaterales (realizadas en el primer período 1975-1985 con la técnica de Strombeck(1) y en el segundo período 1985-2005 con la técnica a pedículo superointerno, colgajo inferior y doble quilla (Gagliardi y col.).(15,16)

- Vitalidad y sensibilidad del complejo aréola-pezones (comparación de pedículos).
- Necrosis en la intersección de cicatrices (utilidad del colgajo inferior) y conformidad con la forma obtenida (doble quilla externa).

Las intervenciones se realizaron en los Servicios de Cirugía Plástica de los hospitales "Guillermo Rawson", "De Clínicas José de San Martín", "Enrique Tornú" y en sanatorios privados.

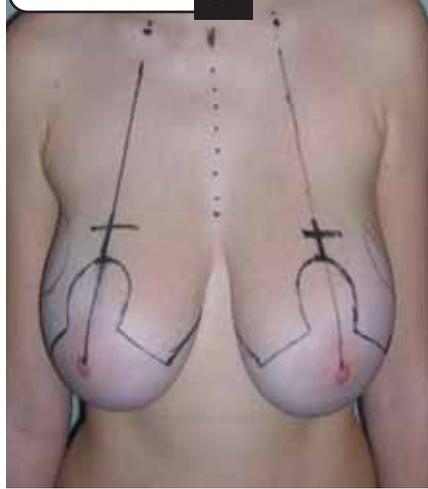
FOTO

1



FOTO

2



FOTO

3



FOTO

4



FOTO

5



FOTO

6



FOTO 7



FOTO 8



FOTO 9



Posteriormente se mostrarán los resultados de la comparación entre estas dos técnicas en los ítems que dieron lugar a este trabajo.

Cabe acotar que en este segundo período se empleó en otro grupo de pacientes mastoplastias periareoloverteales, pero solo en los casos de hipertrofias leves con poca ptosis, lo que será motivo de otra presentación.

Mastoplastia reductiva a pedículo superointerno

Se describe la técnica motivo de este trabajo: se divide en marcación y cirugía.

Marcación

La marcación se realiza con un cartabón de Strombeck(1) modificado.

1) Consiste en colocar las muescas superior e inferior en la línea que viene de la clavícula y va a la areola, en una dirección que permita que se determine un pedículo interno más largo, lo que permite su rotación y ascenso.

Al mismo tiempo, ya que se va a cortar el pedículo externo, la distancia de la pata externa del cartabón a la areola es mínima (Fotos 1, 2, 3).

2) Se agrega a la marcación el colgajo inferior tomando 2 puntos a 3 cm de la línea media y un punto a 6 cm del punto medio en dirección vertical hacia arriba (Fotos 4 y 5).

Técnica quirúrgica

1) Se realiza el desepitelizado en la totalidad de las porciones superior y laterales de la areola siguiendo las mar-

cas. Se debe tener precaución en esta maniobra de no dejar restos epidérmicos, que luego serían subcutáneos con la posibilidad de formación de quistes epidérmicos. Se desepiteliza también el colgajo inferior.

2) Se levanta el colgajo inferior con un espesor de 3 a 4 cm y se despega totalmente hasta llegar a la aponeurosis del pectoral (Foto 6).

3) Se comienza la resección por la porción interna, luego la externa y se une en la línea media efectuando una resección en block con la precaución de no dañar la areóla en su parte posterior en esta maniobra (Foto 7).

4) Se realiza la resección glándulo adiposa de la porción central en quilla de manera similar a la descrita por Pitanguy(2) y en la región lateral externa se efectúa la resección conformando una segunda quilla, dando puntos de conificación con material reabsorbible si es necesario (Foto 8).

5) El colgajo a pedículo inferior se sutura a la aponeurosis del pectoral en el punto más alto que se alcance den-

tro del bolsillo realizado previamente. En las grandes gigantomastias se evita un despegamiento grande a nivel prepectoral para preservar el perforante del cuarto espacio intercostal.

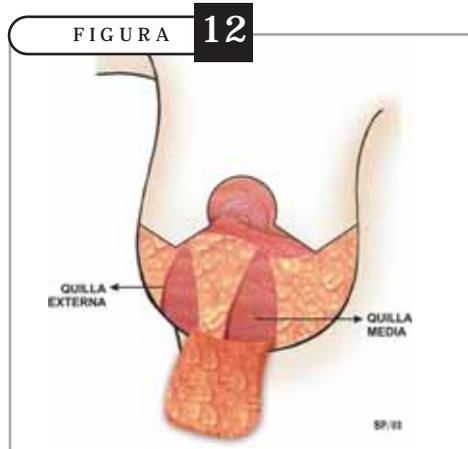
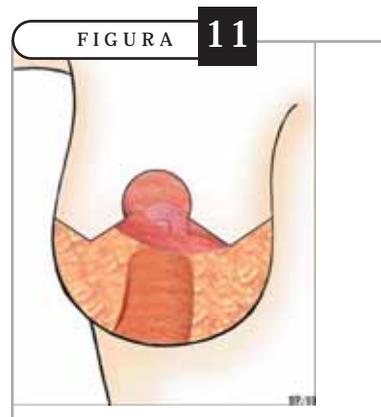
6) La areóla es transpuesta en un colgajo desepitelizado superointerno; para que ello sea posible, se corta el pedículo externo y se realiza un movimiento de rotación del pedículo (Foto 9).

Se debe tener la precaución en esta maniobra de identificar al pedículo externo para realizar la hemostasia.

7) Se realiza el cierre, comenzando por un punto, que una el extremo inferior de las dos vertientes laterales con el punto medio inframamario y un punto que una el extremo superior de las citadas vertientes.

El cierre se continua con puntos para cerrar la areóla que toman la dermis de la zona externa y que se anudan dentro de la areóla. El resto de las incisiones se cierran con suturas intradérmicas

Esquema de los pasos de la técnica



Caso Clínico 1

Edad: 19 años



FOTOS 13. PREOPERATORIO



FOTOS 14. POSOPERATORIO



FOTOS 15. PREOPERATORIO



FOTOS 16. POSOPERATORIO

Discusión

Se ha utilizado esta técnica en los últimos veinte años en 250 mamas correspondientes a 125 pacientes. Hemos encontrado como ventajas debido a la utilización del pedículo superointerno:

- Facilidad en la movilización del complejo aréola-pezones, lo que nos permitió el ascenso del mismo en varios centímetros más que con las técnicas habituales.
- Conservación de la sensibilidad, hecho que atribuimos a la integridad de la parte interna del pedículo, que lle-

va fibras de las ramas cutáneas anteriores de los nervios intercostales 4to. y 5to. Weiner y col.(6) describen un pedículo superior dérmico para transposición con excelentes resultados en cuanto a la vitalidad, pero no menciona si existen alteraciones en la sensibilidad. En Argentina, Arufe (8) describe una experiencia similar. Nosotros creemos como otros autores,(9) que el pedículo superointerno disminuye las posibilidades de pérdida de la sensibilidad.

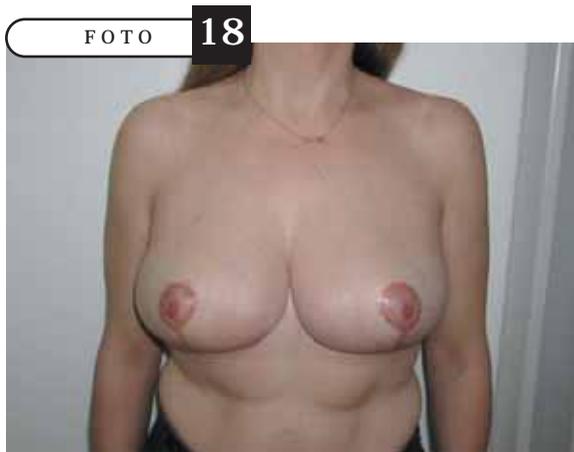
Con respecto a la irrigación, este colgajo se nutre por ramas de la mamaria interna y en la parte superior por las arterias intercostales superiores, lo que asegura su viabi-

Caso Clínico 2

Edad: 50 años



FOTOS 17. PREOPERATORIO



FOTOS 18. POSOPERATORIO



FOTOS 17. PREOPERATORIO



FOTOS 18. POSOPERATORIO

lidad.

Otra ventaja encontrada fue evitar la retracción del complejo areola-pezones y en darle forma más cónica al mismo, colocando detrás de él tejido de lo que fue pedículo externo.

Con respecto a la utilización del colgajo a pedículo inferior, es evidente una disminución de las necrosis en la intersección inferior de la sutura y un buen relleno del polo inferior de la glándula, lo que da la convexidad en la región, característica de la mama juvenil. Este colgajo, además permite mediante un simple afinamiento del

mismo, corregir ligeras asimetrías que se perciben en el momento del cierre.

Al mismo tiempo la resección en quilla del polo externo de la glándula, disminuye la habitual deformidad residual a nivel superoexterno por exceso de tejido glandulo-liposo.

El estudio comparativo de las complicaciones sobre el total de 250 pacientes, nos demostró que la cicatrización deficiente dentro de la cual incluimos a las cicatrices hipertroóficas, queloides, ensanchadas o pigmentadas, se presentó en 40 casos, sin diferencias significativas con respecto a la téc-



nica empleada. El resto de las complicaciones, tales como los sufrimientos cutáneos en la intersección de las heridas, las necrosis parciales de la areola y las pérdidas parciales de la sensibilidad, se presentaron con una incidencia menor a las estadísticas realizadas con otras técnicas.(17,18,19,20,21,22)

En este trabajo se ha comparado esta técnica con la técnica de Strombeck(1) (habiéndose operado 125 pacientes con cada una de ellas en dos periodos a saber: 1975-1985 Strombeck(1) y 1985-2005 pedículo superointerno, colgajo inferior y doble quilla.

Se consideraron cuatro aspectos fundamentales en la evaluación comparativa: tres son objetivos a saber, necrosis de areola o pezón, pérdida de sensibilidad y necrosis de piel en la intersección de cicatrices, y uno subjetivo: la conformidad de la paciente con el resultado obtenido.

Se encontraron las siguientes diferencias:

Vitalidad del complejo areola-pezón

T. de Strombeck: necrosis parciales 20%

T. Ped. Sup.Int.: necrosis parciales 5%

Alteraciones de la sensibilidad

T. de Strombeck: 15%

T. Ped. Sup.Int.: 5%

Necrosis en la intersección de cicatrices

(se consideraron también las parciales)

T. de Strombeck: 30%

T. Ped. Sup.Int.: 5%

Conformidad con la forma obtenida

T. de Strombeck: muy buena 60%

T. Ped. Sup.Int.: muy buena 85%

Conclusión

Se presenta una técnica para realizar mastoplastias de reducción y/o mastopexias, que emplea para la transposición del complejo areola-pezón un colgajo a pedículo superointerno y utiliza un colgajo dermograso a pedículo inferior como relleno de la porción inferior de la glándula. Al mismo tiempo se reseca una doble quilla agregando a la clásica quilla medial descrita por Pitanguy(2) una lateral externa que nos permita resecar el exceso de tejido glandular adiposo, habitualmente presente a ese nivel.

Del estudio comparativo entre 250 mastoplastias realizadas en los últimos 30 años, surgen como ventajas de esta técnica una fácil y buena movilización de la areola, buena vitalidad, resguardo de la sensibilidad, buena apariencia de la areola y del pezón, buena conformación del polo inferior de la glándula y disminución de las complicaciones habituales de las mastoplastias reductivas (significativa en las necrosis de la intersección).

La mastoplastia a pedículo superointerno, colgajo inferior y doble quilla es una técnica de elección en las grandes hipertrofias mamarias presentando menores complicaciones.

En las hipertrofias leves y bajo ciertas condiciones de elasticidad de los tejidos cabe utilizar las técnicas verticales.(23,24,25)

Bibliografía

1. Strombeck, J. O. Mammoplasty: report of a new technique based on a two-pedicle procedure. *Br J Plast Surg*, 13:79-83, 1960.
2. Pitanguy, I. Une nouvelle technique de plastie mammaire. Etude de 245 cas consécutifs et présentation d'une technique personnelle. *Ann Chir Plast*, 7:199-211, 1962.
3. Pitanguy, I. Aesthetic plastic surgery of head and body. New York, Springer Verlag, 1981, p. 63-97.
4. Pitanguy, I. Breast reduction and ptosis. In Georgiade, N. G. (Ed.): *Aesthetic Breast Surgery*. Baltimore, Williams & Wilkins Company, 1983, p. 247-292.
5. Skoog T. A technique of breast reduction; transposition of the nipple on a cutaneous vascular pedicle. *Acta Chir Scand* 126:453-460, 1963
6. Weiner, D. L.; Alache A. E.; Silver, L. and Tittiranonda, T. A single dermal pedicle for nipple transposition in subcutaneous mastectomy, reduction mammoplasty or mastopexy. *Plast Reconstr Surg* 51:115-121 1973.
7. Arufe, H. Mastoplastias a pedículo superior. Congreso Argentino de Cirugía Plástica, Salta 1972.
8. Arufe, H.; Erenfyrd, A. y Saubidit, M. Mammoplasty with a single vertical superiorly based pedicle to support the nipple areola. *P. R. S.* 60: 221-226 1977.
9. Orlando J. C.; Guthrie, R.H. The superomedial dermal pedicle for nipple transposition. *Br J Plast Surg* 1975-28:42-45.
10. McKissock, P.K. Reduction mammoplasty with a vertical dermal flap. *Plast Reconstr Surg* 49:245-255, 1972.
11. McKissock, P.K. Reduction mammoplasty by the vertical bipedicle flap technique: rationale and results. *Clin Plast Sur*, 3:309-312, 1976.
12. Peixoto G. Reduction mammoplasty. *Aesthetic Plastic Surgery* 1984:8:31-36.
13. Ribeiro Llacr. Mastoplastia, modificación personal de técnica. *Prensa Médica Argentina* 60:944-948 1973.
14. Ribeiro, L. and Baker, E. Inferior based pedicles in mammoplasties. In Georgiade, N. G. (Ed.): *Aesthetic Breast Surgery*. Baltimore, Williams & Wilkins Company, 1983, p. 260.
15. Gagliardi, E.P.; Faresi, R.; Piqué, H. y Mitelman, J. Mastoplastias Reductivas. Anuario de la Sociedad de Cirugía Plástica de Buenos Aires (AMA)1985 p.43-45.
16. Gagliardi, E. P. Tratamiento quirúrgico de las hipertrofias mamarias. Tesis de Doctorado 2002. Pontificia Universidad Católica Argentina.
17. Gupta, S. C. A critical review of contemporary procedures for mammary reduction. *Br J Plast Surg* 18:328-334, 1965.
18. Meyer, R. and Kesselring, U. Reduction mammoplasty (twelve years experience with the L-shaped suture line). In Georgiade, N.G. (Ed.): *Aesthetic Breast Surgery* Baltimore, Williams & Wilkins Company, 1983, p. 219-245.
19. Lewis, J. Mammary ptosis. In Georgiade N. G. (Ed) : *Aesthetic Breast Surg* Baltimore Williams & Wilkins company 1983, p. 130-154.
20. Georgiade, N. G. (Ed). *Aesthetic Breast Surgery*. Baltimore, Williams & Wilkins Company, 1996.
21. Bostwick, J. *Aesthetic and reconstructive breast surgery*, St. Louis, C. V Mosby Company, 1983.
22. Georgiade, N. G.; Serafin, D.; Riefkohl, R and Georgiade, G. S. Is there a reduction mammoplasty for "all seasons"? *Plast Reconstr Surg* 63:765-778, 1979.
23. Lejour, M. Vertical mammoplasty: update and appraisal late. *Plast Reconstruct Surg* 1999; 104 (3):771.
24. Lassus C. A 30 years experience with vertical mammoplasty. *Plast Reconstruct Surg* 1996:97 (2) :373.
25. Hall-Findlay, E.J. A simplified reduction mammoplasty: shortening the learning curve. *Plast Reconstruct Surg* 1999;104 (3):748.



Detalles técnicos para el implante de pesa de oro. Mi experiencia

Dr. Justo La Torre Vizcarra *

Trabajo presentado en XXXIV Congreso Argentino de Cirugía Plástica 2004

* Jefe del Servicio de Cirugía Plástica del Hospital "Tornú"

Sumario

Se describen los detalles de técnica para la colocación del implante de pesa de oro, luego de una experiencia de 15 años sobre 18 casos operados.

Se describen también las características del implante con modificaciones de criterio personal.

Summary

The details of technique for the positioning are described of implants of gold weight, after a experience of 15 years on 18 operated cases; also describe the characteristics of implants with modifications of personal criterion.

Introducción

Si bien el implante de pesa de oro en el lagofthalmos es una técnica de uso común o frecuente, al recabar información en la literatura no he encontrado en forma precisa los tiempos y pasos quirúrgicos para su implementación.

Por ello quiero describir en este trabajo el "cómo lo hago" en la actualidad luego de una experiencia de 15 años de práctica con modificaciones aprendidas en el transcurso de la misma.

Material y métodos

Del implante:

- La forma del implante la preferimos ovalada (Foto 1) y no rectangular como se difunde habitualmente, ya que eliminando los ángulos favorecemos la "mimetización" de la misma, siguiendo además la convexidad del tarso.
- El tamaño (Fotos 2 y 3) lo circunscribimos prácticamente al del tarso, es decir entre 25 mm de largo y 11

mm de alto y modificamos el espesor para graduar el peso que mayormente oscila entre 1 y 1,4 g.

- La pesa la mandamos a hacer con cuatro orificios ubicados en sus extremos laterales y línea media de los bordes superior e inferior.
- Los orificios deber permitir el pasaje de un aguja atraumática de nylon 10/0.

De la colocación:

- Incisión de piel en segmento pretarsal a 8 mm de borde ciliar.
- Disección subcutánea amplia (Foto 4).
- Apertura de un ojal (Foto 5) en músculo orbicular en línea media tarsal siguiendo un trazo horizontal entre fibras del músculo, disección de bolsillo submuscular (Foto 6) hacia abajo hasta borde ciliar y hacia arriba por encima del borde superior del tarso despegando del plano del complejo del elevador .
- Prueba de complacencia del bolsillo (Foto 7) colocando el implante y evaluando el cierre sin tensión del plano muscular.
- Retiro del implante.
- Colocación de puntos diferidos (Foto 8) de nylon 10/0 que toman el borde tarsal, por lo menos en tres de los cuatro puntos descritos coincidentes con los del implante.
- Pasaje de los extremos de los hilos por los orificios del implante (Foto 9) y colocación sobre el plano tarsal para su fijación.
- Cierre con surget continuo (Foto 10) del plano muscular con vicryl 5-0.
- Cierre de piel (Foto 11).

Comentarios

Me parece necesaria la disección subcutánea previa a fin de tener franca exposición del músculo orbicular y así luego "a cielo abierto" realizar el ojal muscular que nos permita crear el bolsillo adecuado para nuestro implante,

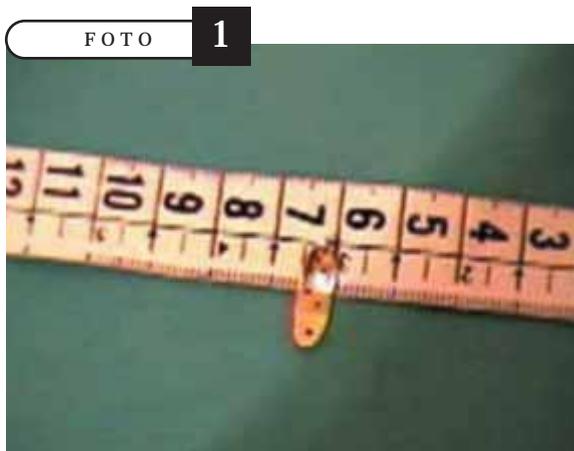


FOTO 1. DIMENSIÓN ALTURA PESA DE ORO

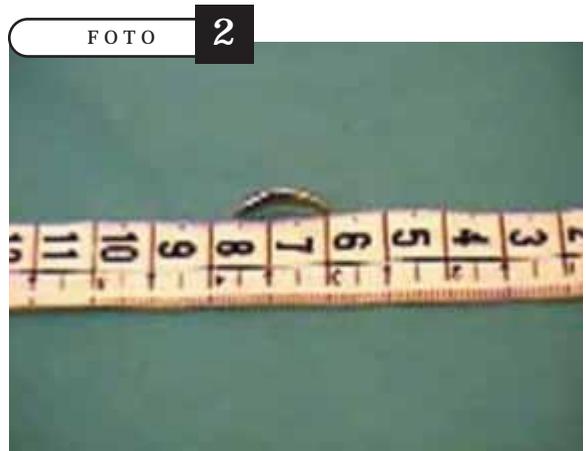


FOTO 2. CONCAVIDAD ACORDE A TARSO



FOTO 3. DIMENSIÓN LARGO PESA DE ORO

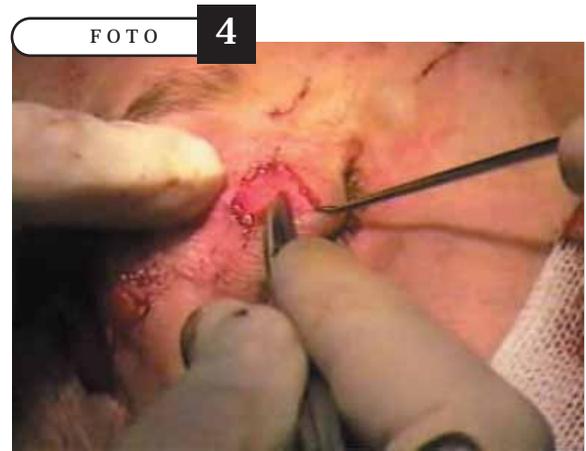


FOTO 4. DISECCIÓN SUBCUTÁNEA

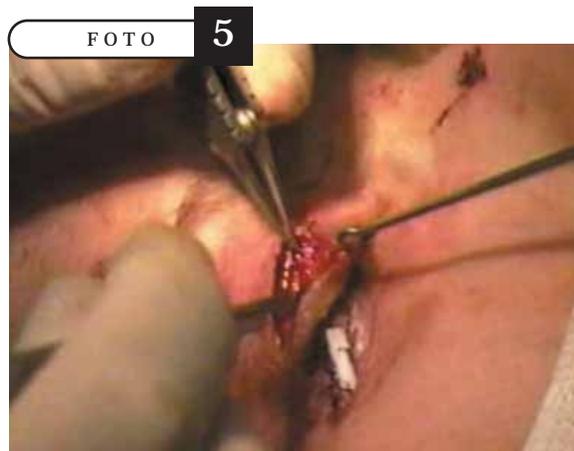


FOTO 5. DISECCIÓN SUBMUSCULAR

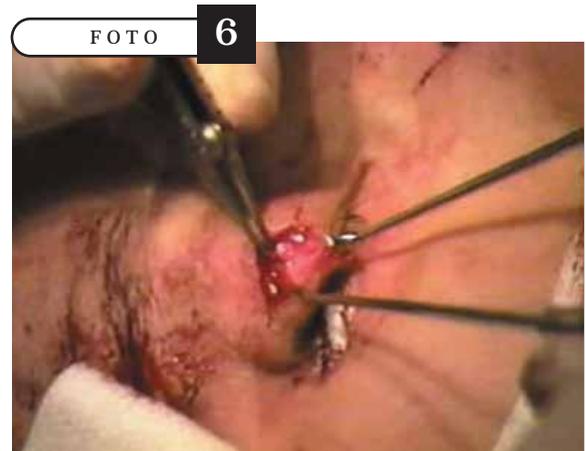


FOTO 6: AMPLIACIÓN DE BOLSILLO.

FOTO 7

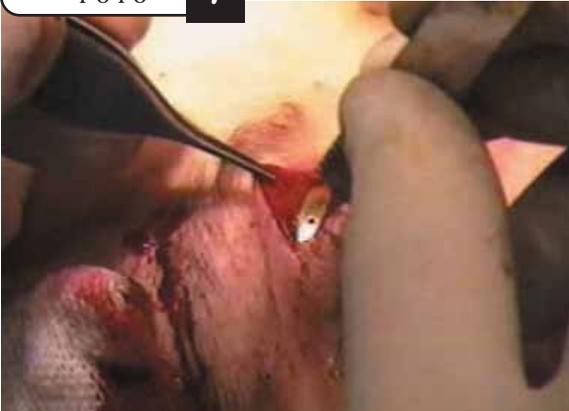


FOTO 7. PRUEBA DE COMPLACENCIA

FOTO 8



FOTO 8. ANCLAJE DE PUNTOS EN TARSO

FOTO 9



FIGURA 9. PASAJE DE HILOS DIFERIDO

FOTO 10



FOTO 10. CIERRE MUSCULAR CON SURGET

FOTO 11



FOTO 11: CIERRE DE PIEL

FOTO 12



FOTO 12. PRUEBA PREVIA FUNCIONAL

FOTO 13



FOTO 13. PRUEBA PREVIA FUNCIONAL

FOTO 14

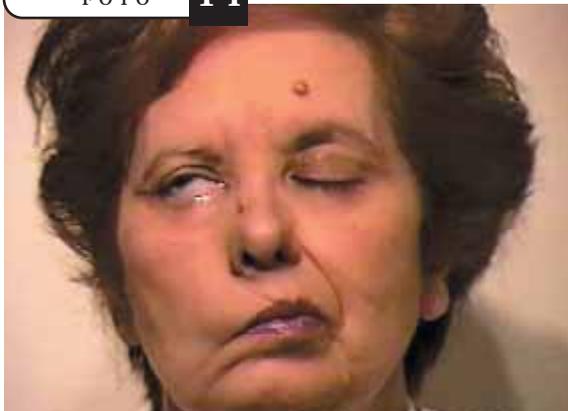


FOTO 14. PREOPERATORIO

FOTO 13



FOTO 15. POSOPERATORIO

avanzando en nuestra disección hacia los ángulos y liberando ambos bordes, superior e inferior respectivamente, con la certeza de que estamos en un plano total submuscular y observando el despegamiento del orbicular del complejo del elevador del tarso en su plano profundo, momento más delicado de la cirugía.

La prueba de complacencia de la pesa es otro paso fundamental para corroborar si el tamaño del bolsillo es suficiente para contener la pesa y permanece plenamente cubierta por músculo, otra razón más por la que la disección subcutánea amplia es útil.

Los puntos de fijación son realmente "anclados" al tarso y se debe tener en cuenta que la cara interna u ocular del mismo solo la cubre la conjuntiva, por ello con el punto no debe tomarse todo el espesor del tarso a fin

obviamente de no dejar el hilo en contacto ocular.

El cierre con surget continuo con material reabsorbible me da la seguridad de evitar exposición o extrusión del implante y la certeza de un cierre en dos planos al terminar con el de piel.

Conclusiones

La colocación de pesa de oro es un recurso práctico para este estigma tan invalidante que ocasiona serios trastornos oculares y estéticos.

Con estos pasos no he tenido casos de extrusión ni desplazamiento del implante. Creo que esa técnica es relativamente sencilla y logra dar una sensación de motilidad al paciente que cuando es observado se objetiva claramente.



Bibliografía

1. Ueda K, Harii K, Yamada A, Asato H. A comparison of temporal muscle transfer and lid loading in the treatment of paralytic lagophthalmos. *Scand J Plast Reconstr Surg Hand Surg.* 1995 Mar;29(1):45-9. *Plast Reconstr Surg.* 2004 Nov;114(6):1655.
2. Hontanilla B. *Plast Reconstr Surg.* Gold implants for lagophthalmos: reply 2004 Nov;114(6):1654-5; author reply 1655.
3. Micheli-Pellegrini V. Gold implants for lagophthalmos. *Laryngoscope.* 2004 Sep;114(9):1570-5.
4. Kao CH, Moe KS. Retrograde weight implantation for correction of lagophthalmos. *Scand J Plast Reconstr Surg Hand Surg.* 2004;38(3):140-4.
5. Nakazawa H, Kikuchi Y, Honda T, Isago T, Morioka K, Yoshinaga Y. Treatment of paralytic lagophthalmos by loading the lid with a gold plate and lateral canthopexy. *Clin Otolaryngol.* 2004 Jun;29(3):279-83.
6. Lavy JA, East CA, Bamber A, Andrews PJ. Gold weight implants in the management of lagophthalmos in facial palsy. *Ophthalmologia.* 2003;59(4):51-3.
7. Schmitzer S, Pop M, Ungureanu R, Chitac F. Treatment of paralytic lagophthalmos. Article in Romanian. *Cesk Slov Oftalmol.* 2003 Sep;59(5):348-51.
8. Zborayova K, Juhas T, Koval J. Surgical correction of lagophthalmos by implantation of a gold weight. Article in Slovak. *Ann Plast Surg* 2000 Dec;45(6):623-8.
9. Misra A, Grover R, Withey S, Grobbelaar AO, Harrison DH. Reducing postoperative morbidity after the insertion of gold weights to treat lagophthalmos. *Arch Facial Plast Surg* 2002 Jan-Mar;4(1):60-1.
10. May M. Prospective evaluation of eyelid function with gold weight implant and lower eyelid shortening for facial paralysis. *Laryngoscope.* 2001 Dec;111(12):2109-13.
11. Snyder MC, Johnson PJ, Moore GF, Ogren FP. Early versus late gold weight implantation for rehabilitation of the paralyzed eyelid. *Plast Reconstr Surg* 2004 Nov;114(6):1654-5; author reply 1655.





Modificación de una técnica quirúrgica para el tratamiento de malformaciones arteriovenosas craneofaciales

Dres. P. Iwanyk, E. Traine**, S. Iacouzzi***, A. Lofredo****

Servicio Hospital Francés de Buenos Aires; Hospital Italiano de Buenos Aires
* Jefe Cirugía Plástica Pediátrica Hospital Italiano de Buenos Aires - Hospital Francés de Buenos Aires
** Cirujano Plástico Hospital Francés de Buenos Aires
*** Médico Carrera de Especialista en Cirugía Plástica UBA - Sede Hospital Italiano de Buenos Aires
**** Jefe Neurocirugía Hospital Francés de Buenos Aires
Correspondencia: www.plasticapediatrica.com.ar
paulina.iwanyk@hospitalitaliano.org.ar

Resumen

Introducción: Las malformaciones vasculares son alteraciones de la vasculogénesis durante el desarrollo embrionario. Al nacimiento suelen presentarse como manchas de color rojo vinoso que pueden aumentar de tamaño en la pubertad y en respuesta al trauma. La resección completa de estas malformaciones arteriovenosas (de alto flujo) en cabeza y cuello se complica por el sangrado y el compromiso de órganos nobles.

Objetivo: Presentar la modificación de una técnica que permite realizar la resección completa de estas malformaciones de alto flujo con mínimo sangrado.

Material y método: En noviembre 2003 realizamos la resección de una malformación arteriovenosa (m.a.v.) fronto-orbitaria izquierda en un paciente adolescente. Primero identificamos y reparamos los afluentes arteriales que alimentan la lesión y realizamos una sutura continua hemostática utilizando material reabsorbible y abarcando todos los planos hasta periostio. El defecto remanente se reconstruye con injerto de piel de la región inguinal y colgajos locales

Conclusión: La modificación de esta técnica nos permitió:

- Minimizar el sangrado y disminuir el tiempo quirúrgico al realizar una sutura continua alrededor de los márgenes del tumor.
- Resección completa del componente frontal y reducción del componente orbitario.
- Un buen resultado estético a distancia.

Abstract

Introduction: The vascular malformations are defects of the vascular system during embryologic development.

At birth they can appear as port wine stains that can sometimes increase in size during puberty and as a consequence of trauma.

The complete resection of arteriovenous malformations (high flow malformations) in the head & the neck is very difficult because of bleeding and the danger of damaging vital organs.

Objective: To present the modification of a technique that enables us to perform a complete resection of a high flow malformation minimizing bleeding.

Material and methods : In November 2003 we performed a complete resection of a forehead A.V.M with an extension of the orbit in a teenager male.

First we identified and took control of the main vessels feeding the tumor and then we performed a continuous suture with absorbable material around the tumor including soft tissues & periosteum. The remaining defect was reconstructed with groin skin grafts and local flaps.

Conclusion: The modification of this technique enables us: To minimize the bleeding and to reduce surgery time by using a continuous suture around the margins of the tumor. To remove the forehead tumor and to reduce the orbital part of it.

To achieve a good aesthetic result

Introducción

Las malformaciones vasculares de cabeza y cuello, son alteraciones que se producen entre la cuarta y décima semana de vida intrauterina, durante la vasculogénesis por falla en la regresión del plexo retiforme. Suelen estar presentes al nacimiento en el 1 al 4% de la población como manchas de color rojo vinoso que pueden aumentar de tamaño en la pubertad o en respuesta al trauma. Durante su crecimiento pueden provocar dolor,

hemorragia, infección, necrosis y hasta ocasionar falla cardíaca por múltiples fístulas arteriovenosas.

En 1982 Mulliken y Glowaki proponen una clasificación biológica para estas malformaciones diferenciándolos de los verdaderos tumores vasculares o hemangiomas:

Malformaciones linfáticas:

Histológicamente compuestas por venas y linfáticos quísticos y/o dilatados.

Malformaciones de bajo flujo.

Malformaciones venulares y malformaciones Capilares:

Se localizan de preferencia en los párpados, en ala nasal y en labio superior. Histológicamente componen un conjunto de vénulas ectásicas dilatadas y tortuosas.

Malformaciones de alto flujo - Malformaciones arteriovenosas (MAV):

Consisten en varias arterias aferentes, un nido con múltiples fístulas arterio-venosas, y uno o más drenajes venosos.

De todas ellas, las de alto flujo (origen arteriovenoso) son las más difíciles de tratar y la resección completa de las mismas en cabeza y cuello se complica por el sangrado debido a su anatomía anárquica, sus paredes finas y a sus múltiples afluentes además del compromiso de órganos nobles.

La embolización como único tratamiento no las elimina pero como complemento previo al acto quirúrgico puede ayudar a evitar el sangrado.

Presentamos aquí la modificación de una técnica que permite realizar la resección completa del nido minimizando el sangrado intraoperatorio.

Material y método

Adolescente varón que al nacimiento presentaba una mancha de color rojo vinoso en la región front-orbitaria izquierda. Transcurre toda su infancia bajo control pediátrico sin presentar cambios (Foto 1) hasta que en la pubertad, comienza con crecimiento progresivo, tornándose en un tumor eritematoso y pulsátil (Foto 2).

Concurre a la consulta y del examen físico, además del crecimiento tumoral, surge un leve exorbitismo que motiva a su pediatra a realizar la consulta al Servicio de Oftalmología donde se sugiere conducta expectante dada la naturaleza sangrante del tipo de lesión y su posible compromiso del globo ocular.

Dado el carácter progresivo de la enfermedad a lo largo de los meses se evalúa el caso en ateneo interdisciplinario con Neurocirugía, Oftalmología y Cirugía Plástica donde se solicitan estudios complementarios.

La tomografía computada y la resonancia magnética informan un tumor vascularizado en la región fronto-orbitaria sin aparente compromiso endocraneano (Fotos 3 y 4).

La angiografía digital describe en el perfil una malformación arteriovenosa orbitaria (1) y cutáneo frontal (2) alimentada por ramos nasales y frontales de la a oftálmica (Foto 5); en el frente se observa, además, que la misma está alimentada por ramos de las arterias temporales (Foto 6).

Dado los riesgos y las complicaciones que puedan surgir del crecimiento progresivo de la malformación, se decide realizar la resección quirúrgica de la lesión. Para ello y a fin de facilitar la extirpación de la misma se realiza una embolización selectiva 24 horas antes (Fotos 7 y 8).

FOTO

1





FOTO 2. AUMENTO DE TAMAÑO DE LA LESIÓN

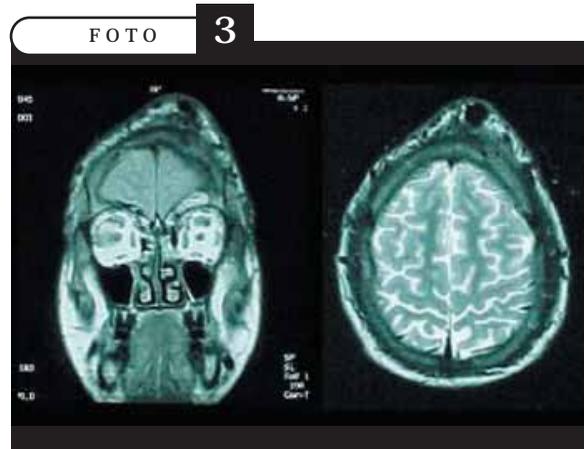


FOTO 3. TAC



FOTO 4. RMN. TUMOR FRONTOORBITARIO VASCULARIZADO QUE NO COMPROMETE EL ENDOCRÁNEO

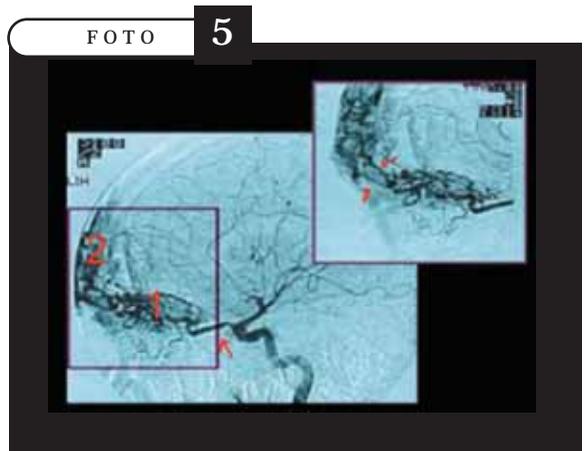


FOTO 5. PERFIL: MALFORMACIÓN ARTERIOVENOSA ORBITAL SUPERIOR 1 Y CUTÁNEO FRONTAL 2 ALIMENTADA POR RAMOS NASALES Y FRONTALES DE LA OPTÁLMICA (FLECHA). (ZONA AMPLIADA)



FOTO 6. FRENTE: SE OBSERVA VASCULARIZACIÓN DE LA LESIÓN A TRAVÉS DE LA ARTERIA TEMPORAL (FLECHA)



FOTO 7. PRE-EMBOLIZACIÓN. SE EMBOLIZA LA MALFORMACIÓN A TRAVÉS DE LA A TEMPORAL SUPERIOR



FOTO 8. POSEMBOLIZACIÓN



FOTO 9. REPARO DE LOS AFLUENTES ARTERIALES

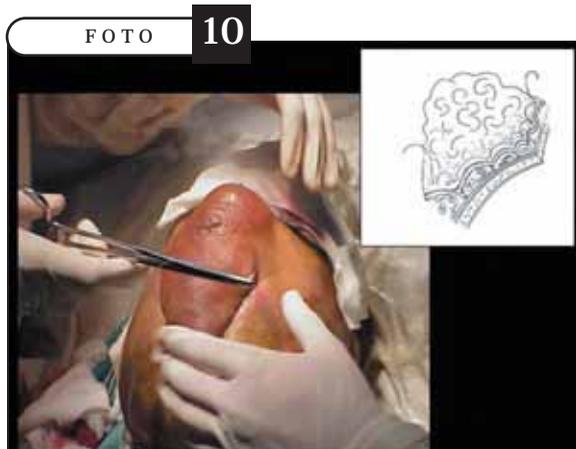


FOTO 10. REALIZACIÓN DE LA SUTURA HEMOSTÁTICA PERITUMORAL DE TODOS LOS PLANOS

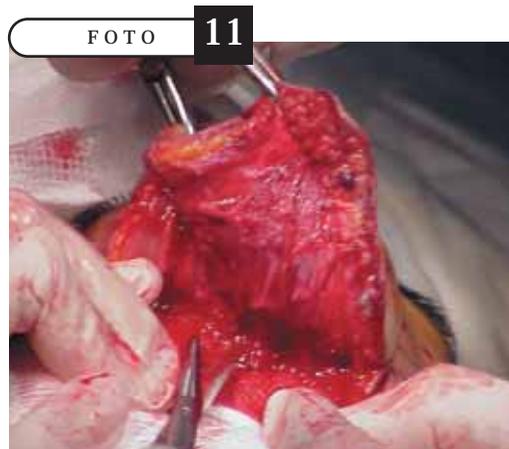


FOTO 11. RESECCIÓN DE LA LESIÓN

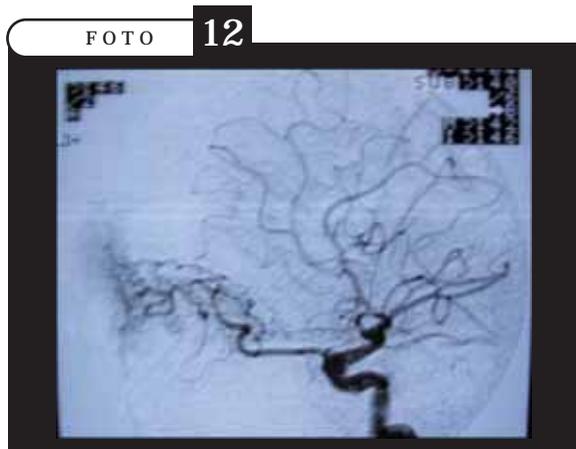


FOTO 12. ARTERIOGRAFÍA CONTROL; AUSENCIA DEL TUMOR FRONTAL Y DISMINUCIÓN DEL COMPONENTE ORBITARIO DE LA MALFORMACIÓN

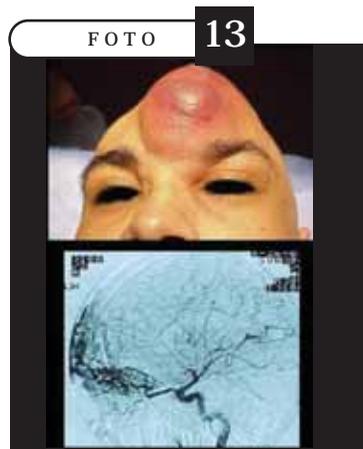


FOTO 13. FOTO Y ANGIOGRAFÍA PREOPERATORIA.



Foto 14. FOTO Y ANGIOGRAFÍA POSOPERATORIA

Técnica quirúrgica

Con el paciente en decúbito ventral y bajo anestesia general se procede a la reparación de los afluentes nasales /angulares y temporales (Foto 9).

Se realiza la resección completa del nido luego de una sutura continua hemostática con material reabsorbible abarcando todo el espesor del tejido hasta periostio, logrando un adecuado control del sangrado (Fotos 10 y 11). El defecto se cierra con colgajos de avance e injerto de piel total de la región inguinal.

Resultados

Al tercer mes posoperatorio la arteriografía control demuestra la ausencia del tumor frontal y la disminución franca del componente orbitario de la malformación (Foto 12).

Comparación clínica y arteriográfica (Fotos 13 y 14).

Discusión

Las malformaciones craneofaciales son de difícil tratamiento cuando involucran la órbita. Un correcto diagnóstico mediante arteriografías debe de ser realizado tratando de identificar sus afluentes. Si bien por las imágenes de la embolización, la irrigación disminuyó sustancialmente, durante el acto quirúrgico se constató su escasa respuesta, probablemente, debido al alto flujo de estas malformaciones y a su rápida repermeabilización. En la bibliografía mundial se hace mención a técnicas que utilizan la sutura hemostática transitoria durante la cirugía de estas MAV.

La modificación de esta técnica permitió:

- El control estricto del sangrado
- La disminución del tiempo quirúrgico por realizar una sutura continua y permanente a diferencia de la técnica original.
- La resección completa del nido con la remisión completa de la lesión y disminución del componente intraorbitario como se demostró arteriográficamente.
- El buen resultado estético a distancia.

Bibliografía

1. Mulliken, JB; Glowacki, J. Hemangiomas and vascular malformations of infants and children: A classification based on endothelial characteristics. *Plastic & reconstructive Surgery* 1982 vol 69: 412-422.
2. Warner, M; Suen, J. Management of congenital vascular lesions of the head & the neck. *Oncology*, Vol 9 - Nº 10, October 1995.
3. Barlett, H; Shore, J; Westfall, T; Harris, G. Management of orbital and periorbital arteriovenous malformations ophthalmic. *Surgery* 1995 Vol 26:145-152.
4. Jackson, I; Carreño, R; Potparic, S; Hussain, K. Hemangiomas, vascular malformations and lymphovenous malformations. Classification and methods of treatment. *Plastic & Reconstructive Surgery* 1993 vol.91: 1216-1230.
5. Schultz, R; Hermosillo, C. Congenital arteriovenous malformation of the face and scalp. *Plastic & Reconstructive Surgery* 1980 Vol 65:496-501.
6. Rakesh, K; Gupta, A. A simple technique for excision of vascular malformations of the scalp. *Surgery Today* 1994 vol 24: 942-44.

Suspensión de tercio medio de cara con tensores: Revisión de técnica

Dra. Martha O. Mogliani

El envejecimiento es un proceso normal en los seres vivos que produce cambios progresivos e inevitables, los que con diferentes procedimientos pueden retardarse pero no evitarse.

En estos procesos están involucradas todas las estructuras. Las alteraciones en los huesos son la reabsorción, la descalcificación, etc. que producen una disminución en el volumen, esto es importante en la estructura del rostro; los músculos sufren atrofas, se afinan y relajan; en el celular subcutáneo se producen desplazamientos y disminución de su espesor por pérdida de agua.

La piel y anexos sufren grandes cambios que son los más visibles. Microscópicamente se comprueba una reducción de los keratinocitos, las células de Langerhans decaen del 25 al 40%, los melanocitos se distribuyen desordenadamente y se agrupan produciendo hipo e hiperpigmentaciones. Hay una disminución de la vascularización. El colágeno, la elastina, el contenido de agua y espesor disminuyen en un 20%, relajándose los finos ligamentos que unen la piel a la hipodermis produciendo en el rostro una ptosis.

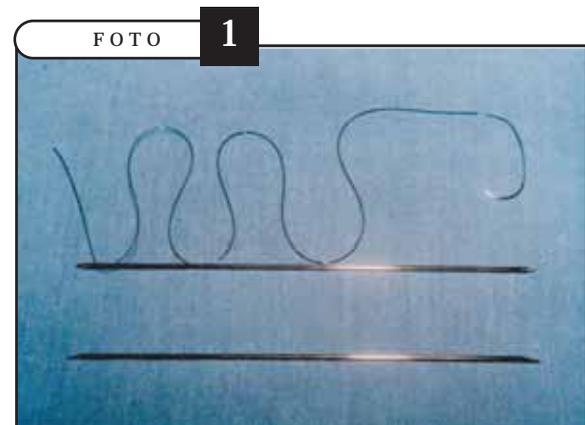
En el proceso de envejecimiento tiene gran importancia la disminución de los factores de crecimiento que, entre otras funciones, regulan la remodelación de la piel y tienen un rol de gran importancia en la juventud de la misma.

Desde hace más de una década está cambiando la tendencia de los pacientes que desean "verse bien" con un posoperatorio reducido y cada vez son más jóvenes los que solicitan mínimas correcciones no deseando las cicatrices producidas por un lifting.

Comencé en el año 1996 a emplear tensores en cejas con nylon 3/0 ó 4/0 con aguja pochot. Luego lo realicé en el tercio medio de la cara con buenos resultados, pero no estaba conforme pues tenía que hacer incisiones externas.

Comencé a emplear una cánula recta larga. Hacía una incisión en cuero cabelludo, pasaba por el celular y la profundizaba a la altura de la proyección en la mejilla de los premolares, exteriorizándola por el surco gingival, la reintroducía y levantaba en bloque el tercio medio, sujetando el hilo en el cuero cabelludo o a la aponeurosis (Revista Argentina de Cirugía Plástica 2004: Vol X, N°1).

Desde hace dos años utilizo una aguja con un bisel en cada extremo, uno de ellos con un ojal para ser enhebrado. Hay dos medidas de aguja: de 15 cm y de 10 cm, lo que permite utilizarlas en diferentes zonas (Revista Argentina de Cirugía Plástica 2004: Vol X, N° 4). Al tener el bisel en cada extremo se puede realizar la lazada de retoma en el interior de la boca sin exteriorizar totalmente la aguja, lo que facilita la maniobra y acorta los tiempos reduciendo molestias al paciente (Foto 1).



Material y método

Se procederá a explicar el método empleado.

- 1) Asepsia
- 2) Marcación
- 3) Anestesia local
- 4) Colocación del tensor

1) La **asepsia** tanto de cuero cabelludo como de la piel debe ser exhaustiva. La boca, encías, piezas dentales deben estar en buenas condiciones. Se indicará cepillado de dientes y antiséptico bucal previo a la intervención.

2) La **marcación** se efectúa con el paciente sentado o de pié. Sobre la mejilla, con los dedos se calcula la dirección adecuada para la mejor elevación de la ptosis del tercio medio, que habitualmente es una línea diagonal

hacia arriba y hacia el cuero cabelludo. Se marcan dos líneas paralelas (0,5 cm entre ambas aproximadamente). Se marca la proyección de los premolares, punto en el que se realizará el cambio de plano profundizando la aguja que saldrá por la boca.

3) Luego procedemos a la colocación de campos quirúrgicos estériles. Infiltración con **anestesia local** (lidocaína al 2% con epinefrina) en la zona de piel previamente marcada. Anestesia troncular en la boca, en la salida del nervio suborbitario y en el surco gingival en la región premolar (lugar por donde se exteriorizará la aguja).

4) **Colocación del tensor:** se realiza una incisión intrapijosa o prepijosa, a un centímetro por encima del reborde auricular, haciendo un pliegue con los dedos sobre el trayecto marcado, se introduce la aguja por el extremo

no enhebrado (al realizar el pliegue se tiene la seguridad de transcurrir por el celular subcutáneo). Al llegar a la marcación que indica la proyección del premolar, se introduce el dedo índice por la boca desplazando y elevando el surco gingival, se perfora el mismo con la aguja extrayéndola parcialmente y quedando el bisel enhebrado sin exteriorizar hasta un centímetro de la salida por el surco, se hace un movimiento hacia abajo, enlazando con el bisel enhebrado, la zona ptosada; se empuja la aguja con un movimiento retrógrado para salir, paralelamente al trayecto ya recorrido por el celular subcutáneo hasta la incisión en el cuero cabelludo, fijando la sutura a la aponeurosis o a la dermis. Dibujos de técnica (Figuras 1, 2 y 3).

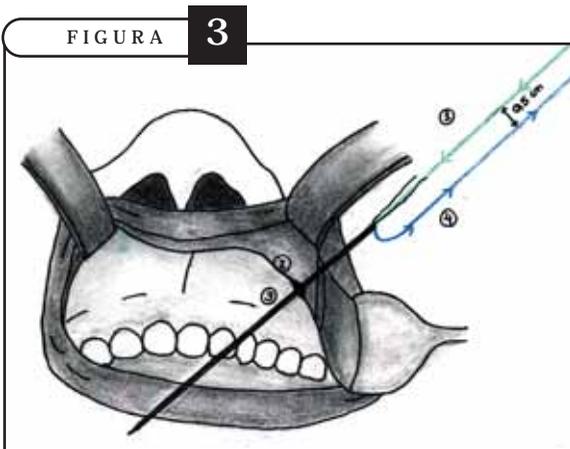
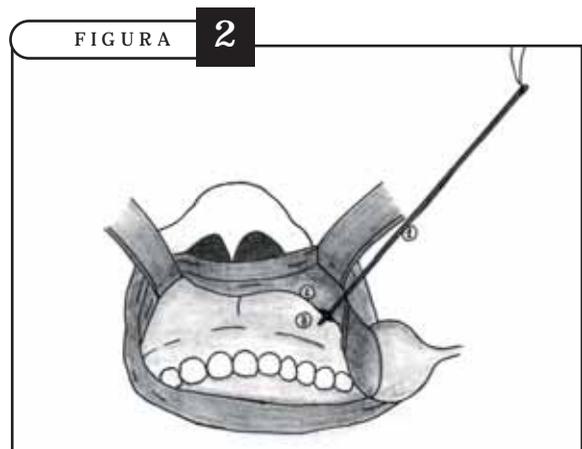
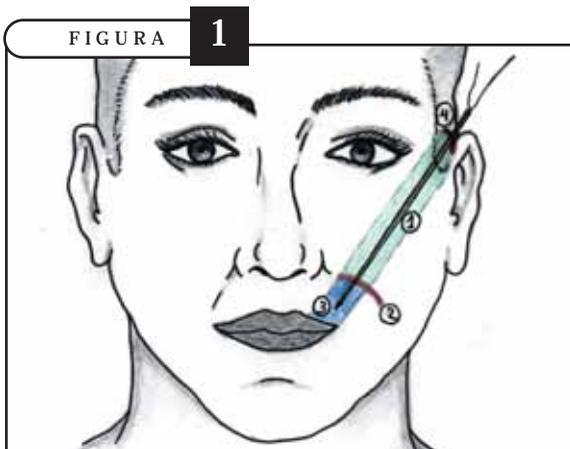


FIGURA 1
1. TRAYECTO SUBCUTÁNEO
2. SURCO GINGIVAL
3. TRAYECTO INTRAORAL
4. INCISIÓN INTRAPIJOSA

FIGURA 2
1. TRAYECTO SUBCUTÁNEO
2. SURCO GINGIVAL
3. TRAYECTO INTRAORAL

FIGURA 3
1. TRAYECTO SUBCUTÁNEO
2. SURCO GINGIVAL
3. TRAYECTO INTRAORAL
4. PLANO SUBCUTÁNEO PARALELO A 1

Caso 1



FOTO 1. PREOPERATORIO



FOTO 2. POSOPERATORIO ALEJADO.



FOTO 3. PREOPERATORIO

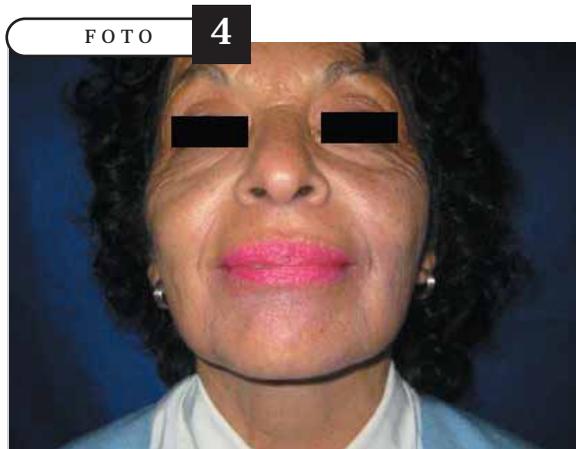


FOTO 4. POSOPERATORIO



FOTO 5. PREOPERATORIO



FOTO 6. POSOPERATORIO



FOTO 7. PREOPERATORIO



FOTO 8. POSOPERATORIO



FOTO 9. PREOPERATORIO



FOTO 10. POSOPERATORIO

Caso 2



FOTO 11. PREOPERATORIO



FOTO 12. POSOPERATORIO ALEJADO



FOTO 13. PREOPERATORIO



FOTO 14. POSOPERATORIO



FOTO 15. PREOPERATORIO



FOTO 16. POSOPERATORIO



FOTO 17. PREOPERATORIO



FOTO 18. POSOPERATORIO



FOTO 19. PREOPERATORIO



FOTO 20. POSOPERATORIO

Caso 3



FOTO 21. PREOPERATORIO



FOTO 22. POSOPERATORIO ALEJADO



FOTO 23. PREOPERATORIO



FOTO 24. POSOPERATORIO



FOTO 25. PREOPERATORIO



FOTO 26. POSOPERATORIO



FOTO 27. PREOPERATORIO



FOTO 28. POSOPERATORIO



FOTO 29. PREOPERATORIO



FOTO 30. POSOPERATORIO



Conclusiones

Es un método simple que puede realizarse por consultorio externo, de rápida evolución. El paciente puede reanudar sus actividades a las veinticuatro horas. Este método tiene una buena duración en el tiempo acorde con

la sencillez del procedimiento. Puede realizarse nuevamente cuando el paciente lo requiera.

Con estos métodos no se pretende reemplazar a la intervención quirúrgica convencional cuando está indicada, sino retardarla y/o complementarla.

Bibliografía

1. Mogliani M. Cirugía mínimamente invasiva para tercio medio de cara y cuello. Rev. Argent. Cirugía Plástica 2004; Vol. X:1.
2. Mogliani M. Tracciones localizadas en cara y cuello mínimamente invasivas. Rev. Argent. Cirugía Plástica 2004; Vol. X: 4.



Fe de Erratas:

Vol. XI - Nº 4 - Año 2005

Pexia de ceja vía transpalpebral , pág. 184, Figura 2:

Donde dice: *arco iris nasal*

Debe decir: **arco marginal**



Innovadora pinza lumínica

Dr. Marcelo Bernstein*

* Cirujano Plástico. Miembro Titular SACPER Y SCPBA
Hospital Prof. Dr. Ramón Carrillo - Ciudadela - Provincia de Buenos Aires

Resumen

Se presenta la primera pinza adaptada a la novedosa tecnología de iluminación, mediante diodo ultrabrillante, a fin de lograr la adecuada iluminación de cavidades de difícil acceso y, gracias a su cobertura aislante, permitir la cauterización de vasos sangrantes distales sin lesionar sitios de apoyo accidental.

Summary

We introduce the first claw suitable for the newest technology of lighting, through ultra brilliant diode, in order to obtain the just illumination of cavities difficult to approach and, thanks to the insulated cover, allow the cauterization of bleeding vessels without hurting accidental supporting places.

Introducción

Los cirujanos plásticos sabemos lo importante que es la buena iluminación del campo quirúrgico para llevar a cabo los procedimientos de la especialidad, contando hasta el momento con tres variantes de iluminación:

1. la aportada por la lámpara sialítica de techo
2. la aportada por el fronto luz
3. la transmitida por la fibra óptica

Estas iluminaciones son generadas por lámparas de filamento y/o gas con sus distintas variantes, emitiendo en mayor o menor grado calor, y en las dos primeras, los movimientos del cuerpo o manos del cirujano y/o ayudantes pueden interferir en el campo operatorio generando sombras.

La luz transmitida por la fibra óptica necesita de una fuente generadora externa de tamaño respetable con sistema de ventilación forzada y una incómoda manguera que envuelve a los filamentos de la gruesa fibra propiamente dicha.

Innovación

Investigando sobre variantes lumínicas, con el fin de en-

contrar una fuente emisora de luz muy pequeña y potente, encontré los diodos emisores de luz ultrabrillantes, desarrollados en Japón hace pocos años.

A fin de tener idea de la intensidad lumínica, se puede decir que la luz emitida por una vela encendida en la oscuridad es de 1 candela y estos diodos pueden llegar a 17.000 milicandelas, suficiente como para iluminar bien una cavidad.

Se trabajó en la idea de aplicar esta tecnología en un instrumental quirúrgico clásico de amplio uso, eligiendo una pinza tipo Potter Smith, la cual fue modificada a fin de incorporar el diodo lumínico ultrabrillante en un sector que no entorpeciera su dinámica y permitiera dirigir en forma precisa la luz en cavidades de difícil acceso.

La misma pinza fue cubierta por una funda aislante, permitiendo realizar bajo una adecuada iluminación la cauterización de vasos sangrantes, alejados, evitando el daño accidental (quemadura) por el apoyo de la misma en sitios no deseados.

Esta pinza reúne dos cualidades que son la de iluminación (incluida en el instrumental) y de hemostasia.

La luz generada en el diodo está dada por el fenómeno de "fotoluminiscencia" (choque de cargas atómicas opuestas que se producen al pasar una corriente eléctrica por las placas del diodo con la resultante de una emisión de quantum de luz por colisión, en forma simultánea y permanente).

La alimentación eléctrica del diodo está provista por una simple batería de 9 voltios (pila doméstica).

Se destaca que el diodo no genera alta temperatura, es muy pequeño, se encuentra aplicado en el instrumental, es ultrabrillante (efecto encandilamiento), de larga duración y consume la corriente aportada por una pila de 9 volts.

Permite la iluminación de cavidades, profundidades de colgajos, bolsillos quirúrgicos de difícil acceso como los realizados por la colocación de implantes mamarios por vía areolar, glúteos, pantorrillas, etc.

No tengo duda de que este tipo de iluminación, gracias a su reducido tamaño y versatilidad, encontrará en los cirujanos plásticos numerosas nuevas aplicaciones, invitando a los colegas para que continúen investigando.

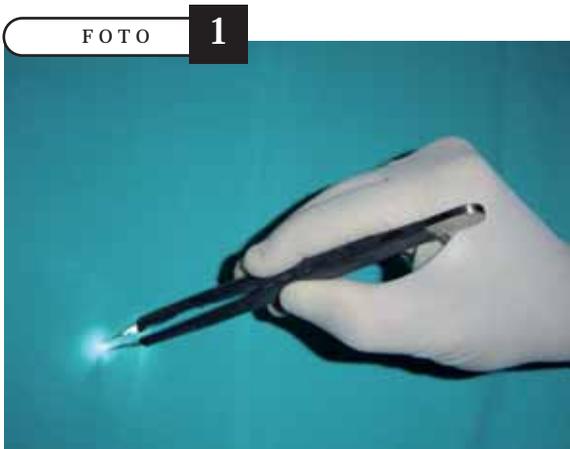


FOTO 1. DIODO 16000 MINI CANDELAS



FOTO 2. INNOVADA PINZA LUMINICA DE 18 CM

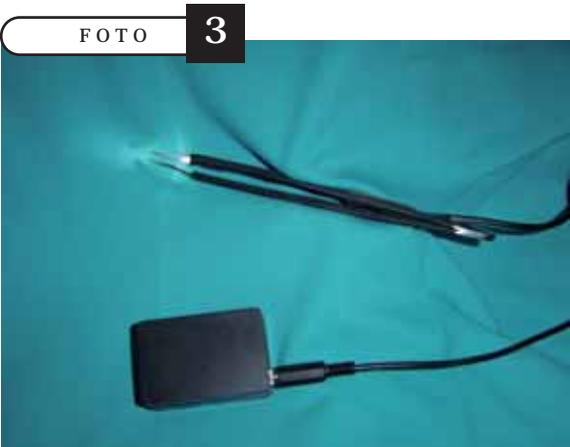


FOTO 3. FUENTE ALIMENTADORA BATERIA 9 V



Utilización de la fotografía en Cirugía Plástica

Dr. Francisco Jorge Famá*

* Cirujano plástico. Médico legista. Prof. de Med. Legal de la Univ. Nac. De San Martín

La utilización de registros fotográficos resulta un imperativo en el ejercicio de la Cirugía Plástica, a punto tal que se transforma en un requisito ineludible para las compañías de seguros en los casos de defensa del profesional.

Cuando este material se utilice más allá de la simple preservación en un archivo, y se pretenda su empleo, por ejemplo, en la presentación de trabajos científicos, resulta ineludible respetar ciertos parámetros. Esto surge con claridad del fallo en el cual se trató el caso de una mujer, esposa de un médico cirujano plástico, que se sometió a una cirugía estética. Los profesionales intervinientes publicaron el retrato de la paciente (tanto el anterior como el posterior al de la operación), sin tomar los recaudos necesarios para evitar su identificación.

Los médicos en su defensa alegaron que se trató de una publicación sin finalidad comercial, en un medio de escasa difusión, dirigido justamente a los profesionales de la especialidad.

Esta publicación podría vulnerar distintos derechos:

Derecho a la intimidad: está consagrado en el art. 19 de la Constitución Nacional:

"Las acciones privadas de los hombres que de ningún modo ofendan al orden y a la moral pública, ni perjudiquen a un tercero, están solo reservadas a Dios, y exenta de la autoridad de los magistrados..."

El art. 1071 bis del Código Civil lo regula diciendo: "El que arbitrariamente se entrometiere en la vida ajena, publicando retratos, difundiendo correspondencia, mortificando a otro en sus costumbres o sentimientos, o perturbando de cualquier modo su intimidad, y el hecho no fuera un delito penal, será obligado a cesar en tales actividades, si antes no hubiera cesado, y a pagar una indemnización que fijará equitativamente el juez, de acuerdo con las circunstancias; además, podrá éste, a pedido del agraviado, ordenar la publicación de la sentencia en un diario o periódico del lugar, si esta medida

fuese procedente para una adecuada reparación."

Derecho a la imagen: El art. 31 de la ley 11.723 trata del derecho a la imagen: "El retrato fotográfico de una persona no puede ser puesto en el comercio sin el consentimiento expreso de la persona misma y muerta ésta, de su cónyuge e hijos o descendientes directos de éstos o en su defecto, el padre o la madre. Faltando el cónyuge, los hijos el padre o la madre o los descendientes directos de los hijos, la publicación es libre. La persona que haya dado su consentimiento puede revocarlo, resarciendo daños y perjuicios. **Es libre la publicación del retrato cuando se relaciona con fines científicos y didácticos y en general, culturales o con hechos o acontecimientos de interés público**".

De lo expuesto surge que se trata de dos derechos independientes, ya que la autonomía del derecho a la imagen está protegida por la ley 11.723 Cifuentes define el derecho a la intimidad como "el derecho personalísimo que permite sustraer a la persona de la publicidad o de otras turbaciones de su vida privada, el cual está limitado por las necesidades sociales y por los intereses públicos". La imagen, según el mismo autor es la representación física de la persona. A su vez, según Llambías, el derecho a la imagen "es una prolongación del derecho al honor y a la integridad moral".

Los médicos que participaron en la intervención quirúrgica reconocieron la omisión de solicitar el consentimiento a la paciente, y justificaron el hecho invocando fines científicos y didácticos, tal como establece el Art. 31. de la mencionada ley, y que no buscaban un beneficio económico, sino efectuar una contribución científica dirigida a profesionales de la especialidad. Con relación a la utilización de la imagen, Borda agrega: "Es evidente el derecho de no servir como medio de propaganda de productos comerciales (la realización de actos quirúrgicos) en contra de la voluntad del interesado y



el no ser exhibido en retratos que afecten el decoro personal...".

Si bien el fundamento de los fines perseguidos por los médicos actuantes consta en la ley mencionada en párrafos anteriores, éstos no tomaron las precauciones adecuadas para evitar la identificación de la mujer, especialmente tratándose del rostro; tampoco tuvieron en cuenta el círculo social en que la misma se desenvolvía, ya que si bien el artículo se dirigía a médicos de la especialidad, la actora frecuentaba constantemente ese ambiente por estar unida en matrimonio con un profesional de la misma materia.

Con respecto a la excusa de la ausencia de fines comerciales se cita en el fallo a Zavala de González que opina que la expresión "poner en el comercio", que utiliza el art. 31 de la ley 11.723, debe entenderse en el sentido amplio de exhibición, difusión o publicación con cualquier finalidad.

Otra de las cuestiones que mencionaron los demandados para justificar la ausencia de medidas que impidieran la identificación de la paciente era la circunstancia de que la modificación de la fotografía en pro del recaudo, tornaría inútil y sin sentido la publicación, ya que no podrían observarse con certeza los resultados de la intervención. Con relación a esto, el Dr. Salgado, miembro del tribunal, contestó que "entre una parcial ineficacia de las vistas fotográficas para patentizar el resultado alcanzado y el derecho a la imagen de un tercero, que no dio su consentimiento con tal publicación, debieron preferir este último, o en su caso, prescindir de la publicación." En relación con esto Borda expresa que "es ilícita la reproducción de una fotografía, aún con fines científicos, como por ejemplo, la ilustración de un libro de medicina, si se hace sin las precauciones indispensables para evitar la identificación del retrato".

El fallo fue condenatorio en primera y segunda instancia. La Cámara Nacional en lo Civil modificó la cuantía de la indemnización del daño moral teniendo en cuen-

ta la situación de ambas partes, que la publicación se realizó en un medio de escasa difusión y que los demandados no tuvieron una actitud dolosa; dando gran importancia el tribunal que actuó en primera instancia la actora era cónyuge de un profesional de la misma especialidad a la que estaba dirigida la información científica.

Este criterio no es privativo de nuestro país, ya que en España, la Sala Civil del Tribunal Supremo condenó a un médico y a una clínica de cirugía estética por utilizar las fotos de una paciente que se sometió a cirugía sin su consentimiento. Se utilizaron los mismos argumentos, de la intromisión en el derecho a la intimidad y a la imagen de la paciente. El tribunal Supremo, que amplió la condena impuesta por la Audiencia Provincial de Madrid, estimó que "el público conocimiento de haberse sometido la paciente a un tratamiento médico por razones estéticas es algo que pertenece indudablemente al ámbito de la privacidad y da lugar a la presunción de la existencia de perjuicios y daños morales".

Hasta aquí vemos que la reparación fue por el denominado "daño moral", ya que para que hubiera "daño material" la actora debería haber sufrido un perjuicio material, ya sea por daño emergente o por lucro cesante. Asimismo no se configuraron los supuestos previstos en el Art. 156 del Código Penal que castiga la violación de secreto, ya que éste requiere como requisito la existencia de dolo (intencionalidad) por parte del autor.

En conclusión, resulta imprescindible la autorización del interesado para publicar las fotografías obtenidas tanto en el pre como posquirúrgico, aún para su presentación en trabajos científicos, o la utilización en publicaciones especializadas, y mayores recaudos aún deben tomarse, con autorización expresa para tal fin, si serán publicadas en un medio de comunicación.



Noticias SACPER

❖ XXXVI Congreso Argentino de Cirugía Plástica. XVI Congreso de la Federación Iberoamericana de Cirugía Plástica.

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

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

Comité Organizador:

Presidenta de Honor: Dra. Manuela Berrocal R.
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: Dr. 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

❖ Sociedad Argentina de Cirugía Plástica Sesión Solemne de Cambio de Autoridades

Martes 11 de abril de 2006 – 21hs

Orden del día:

1. Recertificación
2. Entrega de diplomas a los egresados del Curso Trienal de Especialista en Cirugía Plástica
3. Entrega de diplomas a los nuevos Miembros Titulares
4. Entrega de diplomas a los premiados en el XXXVI Congreso Argentino de Cirugía Plástica
5. Entrega de diplomas a las autoridades del Curso anual 2005

6. Entrega de diplomas a los directores de los Capítulos por el período abril 2005-abril 2006
7. Entrega de diplomas al Organismo de Fiscalización por el período abril 2006-abril 2008
8. Entrega de diploma al presidente del Comité Organizador del XXXVII Congreso Argentino de Cirugía Plástica
9. Palabras del presidente saliente
10. Entrega de diplomas a los integrantes de la Comisión Directiva por el período abril 2006-abril 2007
11. Palabras del presidente entrante

❖ Curso Anual de Actualización en Cirugía Plástica 2006

Director del Curso: Dr. Francisco Olivero Vila
Duración: de mayo a noviembre

Informes: SACPER, Av. Santa Fe 1611- 3º, de 12 a 19 hs.
Tel: 4816-3757/0346
Sacper@sacper.org.ar

❖ Curso Superior de Especialización en Cirugía Plástica

Director: Dr. Ricardo Jorge Losardo
Teórico-Práctico (con rotaciones hospitalarias), trienal.
Requisitos:

- Título de médico de universidad nacional o extranjera, reconocido por el Ministerio de Salud Pública y legalizado.

- Actuación en Cirugía, por un plazo mínimo de 3 años, certificado por un Servicio de prestigio reconocido y legalizado.

- Evaluación: antecedentes profesionales y entrevista personal
- Cierre de inscripción: 16 de junio del 2006
- Evaluación de ingreso: junio del 2006
- Vacantes: 4 (cuatro)
- Inicio del curso: 1º de julio de 2006

Informes: Av. Santa Fé 1611 - Tel: 4816-3757 / 0346 - Fax: 4816-0342
Sacper@cirplastica.org.ar www.sacper.com



1º ANUNCIO

XI SIMPOSIO INTERNACIONAL de CIRUGIA PLASTICA "Siglo XXI"

20 y 21 de octubre 2006

Hotel Panamericano
de Buenos Aires
Carlos Pellegrini 551

SOCIEDAD DE CIRUGIA PLASTICA
DE BUENOS AIRES

TEMAS A TRATAR

- * Ultimas tendencias en rejuvenecimiento facial
- * Rinoplastia primaria y secundaria
- * Remodelación corporal tridimensional
- * Mastoplastias reconstructivas y estéticas

Presidente	Dra. Martha Mogliani
Coordinador	Dr. Carlos Reilly
Secretario	Dr. Héctor Leoni
Tesorero	Dr. Rubén Rosati



Sociedad de Cirugía Plástica de Buenos Aires

❖ XI Simposio Internacional de Cirugía Plástica "Siglo XXI".

Del 20 y 21 de octubre de 2006

Hotel Panamericano de Buenos Aires (Carlos Pellegrini 551, Buenos Aires).

Invitados extranjeros: Dres. Malcom D. Paul (EEUU), Graeme Southwick (Australia) y Giorgio Bronz (Suiza).

Informes e inscripción: Sociedad de Cirugía Plástica de Buenos Aires: Av. Santa Fe 1611- 3º piso – Buenos Aires. Tel: 4816-3757/ 0346, Fax: 4816-0342. E-mail: info@scpba.com.ar

Tarifas hasta el 31 de julio de 2006:

Miembros de la Sociedad de Cirugía Plástica de Buenos Aires: \$ 170

Miembros de la Sociedad Argentina de Cirugía Plástica y sus Filiales: \$ 170

Miembros de Sociedades de la Federación Ibero-Latinoamericana de Cirugía Plástica, ISAPS e IPRAS: \$ 400

Residentes de Cirugía Plástica, Becarios y Cursistas de la Especialidad (debidamente certificados o con menos

de 7 años de antigüedad en Servicios reconocidos): \$ 100
No Miembros: \$ 800

❖ Sociedad Argentina de Cirugía Plástica de Buenos Aires Sesión Solemne de Cambio de Autoridades

Martes 18 de abril de 2006 – 21hs



Sociedad de Cirugía Plástica de La Plata

❖ La Sociedad de Cirugía Plástica de La Plata informa que la nueva Comisión Directiva por el período 2006-2007 quedó conformada de la siguiente manera:

Presidente: Dr. Roberto Lamonega

Vice presidente: Dr. Jorge Canestri

Secretario: Dr. Carlos D. Schreiner

Tesorero: Dr. Sergio Polichella

Rev. Cuentas Titular: Dr. Néstor Vincent

Rev. de Cuentas Suplente: Dr. Gustavo Caputti

Vocales: 1er Dra. Analia Zucotti

2do Dr. Daniel Mosquera

3er Dr. Daniel Manfredi

