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. Guillermo Flaherty

Editora
Dra. Martha O. Mogliani

Secretarios de Redacción
Dr. Héctor Marino (h)
Dr. Juan Carlos Rodríguez

Presidente Comité de Redacción
Dr. Fortunato Benaim (Cirujano Maestro)

Comité de Redacción
Dr. Ulises De Santis (Cirujano Maestro)
Dr. Néstor Maquieira (Cirujano Maestro)

Consejo Consultor Nacional
Dr. Alberto Albertengo (Cirujano Maestro)
Dr. Leonardo Barletta (Cirujano Maestro)
Dr. Luis Inchaurraga (Cirujano Maestro)
Dr. 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: info@p-latinoamericanas.com.ar
http://www.p-latinoamericanas.com.ar

Sumario

119 Editorial

121 Colgajo supramaleolar lateral para reconstrucción de defectos del tercio distal de la pierna, el tobillo y el pie

125 Utilización de tejidos expandidos para la reconstrucción de defectos congénitos y adquiridos

128 Complicación en prótesis de pantorrilla. Recurso para su solución definitiva

133 Mastoplastia de aumento. Ventajas del abordaje areolar

138 Valva quirúrgica iluminada inalámbrica

140 Historia clínica informatizada

143 Noticias SACPER

145 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 SACPER
Abril 2006 - Abril 2007

Comisión Directiva

Presidente
Dr. Guillermo Alberto Flaherty

Vicepresidente
Dr. Ernesto Adrián Moretti

Secretario General
Dr. Guillermo Daniel Vázquez

Prosecretario
Dr. Francisco Jorge Famá

Secretario de Actas
Dr. Claudio Alberto Telecemian

Tesorero
Dr. Carlos Emilio Sereday

Protesorero
Dra. Paulina Iwanyk

Director de Publicaciones
Dr. Juan Carlos Rodríguez

Subdirector de Publicaciones
Dr. Guillermo Siemienczuk

Vocales:
Dr. Pedro Horacio Bistoletti
Dr. Sergio Mario Korzin
Dr. Jorge Walter Canestri
Dr. Claudio Horacio Pol

Vocales Suplentes
Dr. Sergio Rodolfo Martínez
Dr. Gustavo Daniel Caputti
Dr. Esteban Horacio Elena
Dr. Alberto Javier Abulafia

Presidente anterior
Dr Antonio Aldo Mottura

Comisiones y Comités año 2006

Comisión de Docencia e Investigación
Coord.: Dr. Oscar Zimman
Dr. Enrique Gagliardi
Dr. Jorge Herrera
Dr. Luis Margaride

Asuntos Legales
Coord.: Dr. Francisco Famá
Dr. Jorge Rodriguez
Dr. Luis Mario Ginesín

Comité de Ética
Coord.: Dr. Ulises De Santis
Dr. Eduardo Marino
Dr. Luis Inchaurraga
Dr. Julio Frontera Vaca
Dr. Rodolfo Rojas

Comisión Educación Médica Continua
Coord.: Dr. Manuel Viñal
Dr. Ricardo Losardo
Dr. Vicente Hugo Bertone
Dr. Omar Ventura
Dr. Pedro Dogliotti

Videoteca
Dr. La Torre Vizcarra
Asistentes: Dr. Sergio Polichela,
Dr. Ernesto Traine
Dr. Marcos Salazar

Estudio de Examen Unico a M.T.
Coord.: Dr. Guillermo Flaherty
Dr. Ricardo Yohena

Comisión Informática
Pág. Web: Iwanyk
Rta. e-mails: Dr. Edgardo Raggi

Relación con Filiales
Dr. Guillermo Siemienczuk

Historia de la SACPER
Coord.: Dr. Fortunato Benaím
Dr. Ulises de Santis
Dr. Eduardo Marino

Comité de Recertificación
Presidente: Dr. Julio Cianflone
Secretario: Dr. Jorge Herrera
Dr. Jorge Buquet
Dr. Alfredo Pardina
Dr. Carlos Boggione
Rep. Comisión Directiva:
Dr. Pedro Bistoletti

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. María Angélica Nagahama
Secretario:
Dr. Carlos Perroni
Tesorero:
Dr. Carlos Sereday
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 2006
Cirugía Estética
Dr. Eduardo Aubone
Quemados
Dr. Ricardo Terazawa
Cirugía Maxilofacial
Dr. Roque Garramone
Cirugía Infantil
Dr. Pedro Dogliotti
Cirugía de Miembros, Mano y Microcirugía
Dr. Martín Colombo

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 Año 2006

Sociedad de Cirugía Plástica de Buenos Aires
Av. Santa Fe 1611- 3° (1060) Capital Federal
Tel: 4816-3757/ 0346- Fax: 4816-0342
info@scpba.org.ar
Presidente: Dr. Luis M. Ginesín
Vicepresidente: Dr. Vicente Hugo Bertone
Secretario General: Dr. Eduardo Errea

Sociedad de Cirugía Plástica de Córdoba
Ambrosio Olmos 820 (5000) Córdoba
Tel.: (0351) 460-7071 - Fax: (0351) 468-3241
Presidente: Dr. Miguel Descalzo
Vicepresidente: Dr. Ricardo Terazawa
Secretario: Dr. Ricardo E. Denes

Sociedad de Cirugía Plástica de Mendoza
Olegario V. Andrade 496 (5500) Mendoza
Tel.: (0261) 428-6844 - Fax: 0261-428-6247
Presidente: Dr. Alejandro Gutiérrez
Vicepresidente: Dr. Hugo Sánchez
Secretario General: Dr. Luis Sananes

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 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 Siemienczuk
Vicepresidente: 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 General: Dr. Sergio Martínez

Sociedad de Cirugía Plástica de Mar del Plata
Güemes 2968 P.A. (7600) – Mar del Plata - Argentina
Tel.: (0223) 486-2068 Fax: (0223) 486-2068
sacpermardelplata@hotmail.com | www.sacpermdp.org.ar
Presidente: Dr. José Luis Soplan
Vicepresidente: Dr. José Alberto Angaroni
Secretario General: Dr. Esteban Elena

Sociedad de Cirugía Plástica de Tucumán
Colegio Médico de Tucumán- Las Piedras 496- (4000) San Miguel de Tucumán.
Tel./ Fax: (0381) 422-0658
www.scpt.com.ar
Presidente: Dr. Miguel Corbella
Vice-Presidente: Dr. Hugo Mayer
Secretario: Dr. Roberto Serrano

Editorial

¿Ser o tener?

Se hacen anuncios que dicen que *el hombre* se encuentra en un proceso en el cual e*stá desarrollando una nueva conciencia*, que está entrando en una nueva época en la historia de la evolución humana. Si esto fuera así, sería muy necesario apreciar este hecho y cultivar la sabiduría, la ética o la moral para que este cambio camine hacia su realización y no hacia su destrucción, porque si toda esta transformación se conduce con apatía intelectual y moral, se corre el riesgo de tomar caminos que nos llevarían a la esterilidad de la mente y del corazón.

En cierto sentido, el hombre ha retomado su antigua posición: la de *ser el centro del universo*; esto sucedió cuando se pudo obtener una fotografía de la Tierra desde el espacio o de un desierto lunar, y hoy se ha demostrado el aislamiento de nuestro planeta y se está tomando conciencia de que nuestra residencia planetaria es un lugar único y precioso en el Universo.

Por todo lo anterior tenemos que pensar y sentir que la vida del hombre tiene un origen más allá de las manifestaciones físicas y nos obliga a considerar su fuente espiritual para ampliar así el significado de la vida. La naturaleza funciona por *necesidad*, no tiene ni voluntad ni alternativas, ni libertad de elección como el hombre, y es por eso que el individuo debe tener convicciones y valores para vivir.

La disyuntiva parecería ser que la alternativa está entre TENER o SER, pareciera que tener es la función normal de la vida: para vivir debemos tener cosas y cada vez más, y algunos consideran que si un individuo **no tiene nada, no es nadie**. Los grandes Maestros de la vida enseñan todo lo contrario y voy a citar una de las frases del verdadero Karl Marx, del humanista y no la falsificación del comunismo: "El lujo es un defecto, tanto como la pobreza, y nuestra meta debe consistir en SER mucho y no en TENER mucho". ¡Sorpresa!

En la actitud humana de "tener", no importa qué objetos poseemos, pueden ser propiedades, dinero, éxito, etc., ¿esto es malo o bueno? Creo que se vuelven malos cuando nos aferramos a éstos y se transforman en cadenas que afectan nuestra libertad e impiden nuestra realización como individuos.

Para los que *tienen* auto, éste es una necesidad vital; para los que aún no lo tienen, es un símbolo de gozo. Sin embargo, el amor por esa posesión no es profundo, porque los propietarios cambian con frecuencia el auto. El acto de cambiar y de poseer un nuevo vehículo en un mínimo de tiempo demuestra la emoción en el comprador y el propio sentido de poder. Cuanto más pasivo es un estímulo (auto) con más frecuencia debemos alimentar su intensidad cambiándolo, porque los viejos estímulos se agotan al poco tiempo.

En cambio, la personalidad de SER comprende y sabe que puede tenerlo todo, pero en realidad sabe y siente que no tiene nada ya que conoce que poseer y dominar un objeto, una persona, es sólo un momento transitorio en el proceso de vivir. Esta personalidad tiene como requisitos la independencia, la libertad, un razonamiento crítico, es activo, no en el sentido de actividad exterior sino que está ocupado en su actividad interior, en su talento, en las riquezas de sus dones.

Es indudable que muchas veces nuestra libertad se ve restringida según el grado en que estamos atados a las posesiones, a nuestros trabajos, obras; pero finalmente a nuestros egos, porque no importa cuántos objetos poseemos sino la actitud que demostramos hacia ellos, y es allí donde reside el error pues *el sujeto no soy yo, sino que soy lo que tengo*. Poseer propiedades está relacionado con el deseo de inmortalidad: si mi yo está constituido por lo que tengo y si las cosas que *tengo* son indestructibles, entonces soy *inmortal*. Esto no es nuevo; el mejor ejemplo se observa en el antiguo Egipto, con la momificación para hacer eterna la vida del Faraón.

Existe un *tener existencial*, porque así lo requiere la existencia humana. Cuidamos y conservamos nuestros cuerpos,

ciertas cosas que son útiles para sobrevivir, la alimentación, el vestido, la salud, el lugar donde habitamos y que son necesarios para satisfacer nuestras necesidades vitales. Hay otro tener, el *tener caracterológico*, que no es innato y es un impulso apasionado por conservar y retener el *tener existencial*; no está en conflicto con el *ser caracterológico*, pero habitualmente está en conflicto con el ser, contaminando con sentimientos de avaricia, envidia, que impiden la realización armoniosa del ser humano.

Cambiar el modo de tener al de ser, en realidad es un camino para equilibrar la balanza. El hombre debe impulsar un cambio en la dirección de su vida, balancear el *carácter mercantil*, la codicia de tener y de acumular, venderse como mercancía... por el ser, compartir, comprender.

La depresión (el mal del siglo) tan frecuente en estos tiempos no es otra cosa que el sentimiento de infelicidad por el aislamiento, el "vacío" del sentido de sus vidas, la soledad y la impotencia que sienten por los sentimientos encontrados que tienen, que son diferentes a los que tiene la sociedad que los rodea.
La mayoría del mundo occidental conoce el placer de consumir, pero un creciente número de consumidores siente que les falta algo, están empezando a descubrir que tener mucho no produce todo el bienestar.

Por todo lo antes dicho concluyo pensando y exponiendo que primero debemos SER en esencia solidarios y luego TENER el valor de ponernos un segundo en el lugar del otro. Ambos estados deben y pueden convivir, fusionarse y coexistir siempre, direccionándolos a un equilibrio natural entre ellos. Ese equilibrio tendría que ser dedicado a la solidaridad para con nuestro prójimo. De esa manera seremos una mínima gran parte de la construcción de un mundo feliz donde valga la pena vivir.

Algunas frases para pensar...
"La ambición suele llevar a los hombres a efectuar los menesteres más viles, por eso para trepar se adopta la misma postura que para arrastrarse." (Jonathan Swiff)
"Es el cambio y no el amor lo que hace avanzar y cambiar al mundo. El amor sólo lo mantiene poblado."
"Hay gente tan sumamente pobre que solamente tiene dinero."
"¿Quieres ser rico? No te afanes en aumentar tus riquezas y tus bienes. Disminuye tu codicia." (Epicuro)

Dra. Martha O. Mogliani
(Editora)

Revista Argentina de Cirugía Plástica

Colgajo supramaleolar lateral para reconstrucción de defectos del tercio distal de la pierna, el tobillo y el pie

Gonzalo Bardot*, Fernando Tuccillo**, Néstor Sakamoto**, Oscar Zimman***

*Médico Residente, **Médico de Planta, ***Jefe de División
División Cirugía Plástica, Hospital de Clínicas "José de San Martín", Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires. Argentina.
Prof. Dr. Oscar A. Zimman: División Cirugía Plástica, Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires. E-mail: ozimman@fmed.uba.ar

Resumen

Se presentan cuatro casos del colgajo supramaleolar lateral para reconstrucción de defectos del tercio distal de la pierna, tobillo y pie.
Se describen la anatomía y la técnica del colgajo, sus dos variantes posibles: en isla y por transposición. Se destacan su versatilidad y la posibilidad de alteraciones en el retorno venoso.

Summary

Four cases of the lateral supramalleolar flap for reconstruction of the distal third of the leg, ankle and foot are presented. The anatomy and surgical technique of the flap are described, with two different flaps: island and transposition. Versatility and possibility of venous return impairement are pointed out.

Introducción

Muchos procedimientos han sido descriptos para reparar los defectos del tobillo y el pie, entre ellos injertos de piel, colgajos locales, distales y libres. Sin embargo, los resultados obtenidos no siempre resultaron satisfactorios, producto de la mala calidad de los tejidos vecinos, la pobre vascularización o la dificultad en la técnica quirúrgica.

En 1987, Masquelet y Romaña (2) realizaron un estudio anatómico en 40 cadáveres y publicaron su experiencia clínica en 14 pacientes, donde demostraron la confiabilidad que presentaba un colgajo fasciocutáneo diseñado en la cara lateral del tercio distal de la pierna.

Material y método

El colgajo está vascularizado por una rama cutánea de la perforante de la arteria peronea que atraviesa la membrana interósea en el ángulo diedro tibiofibular inferior, 5 cm encima del maléolo lateral. Se une, a nivel variable, con la arteria maleolar lateral, rama de la arteria tibial anterior, para constituir el pedículo premaleolar lateral. El nervio peroneo superficial penetra en el espesor del tejido subcutáneo, en la unión del tercio medio/tercio inferior de la pierna, es puramente sensitivo e inerva la parte baja de la pierna que corresponde al territorio del colgajo.
Los elementos que limitan el territorio máximo del colgajo son los siguientes: por delante, la cresta tibial anterior; por detrás, el borde posterior del peroné; en el lado proximal, el tercio medio de la pierna; en el lado distal, la interlinea tibiofibular.
De acuerdo con la forma que el pedículo vascular sea diseñado, existen dos tipos de vascularización:

- Colgajo de transposición a flujo anterógrado proveniente de la rama perforante de la arteria peronea.

- Colgajo en isla basado en pedículo distal a flujo retrógrado proveniente de anastomosis distales a nivel del sinus tarsi

La disección comienza de proximal hacia distal y debe incluir la aponeurosis superficial de los músculos peroneos y extensores fijando la misma a la dermis del colgajo. Para localizar el pedículo, se debe exponer el espacio inter tibioperoneo y ubicar la rama perforante y la rama cutánea en la cara profunda del colgajo. Luego se hace una incisión de 1 cm en la membrana interósea, lo que permite exponer la arteria peronea y el nacimiento de la rama perforante. Una vez disecado, se coloca el colgajo en la zona receptora; en forma directa, mediante la realización de un desepidermizado del puente cutáneo que queda por debajo del colgajo; o a través de un túnel subcutáneo (no menor a 3 cm de ancho para evitar la compresión del pedículo). En la zona dadora se acercan los músculos peroneos y extensores para tapizar el peroné y el ángulo tibiofibular inferior. Luego se aplica un injerto de piel parcial.

Casos clínicos

Caso 1. Paciente de sexo masculino, 47 años, con antecedentes de fractura expuesta de tibia por accidente automovilístico, que presentaba como secuela una fístula a nivel tibial anterior. Se diseñó un colgajo supramaleolar lateral en isla con pedículo fascioadiposo y túnel subcutáneo. Presenta en el postoperatorio necrosis superficial de la pastilla de piel, que resolvió favorablemente con curaciones locales.

Caso 2. Paciente de sexo masculino, 43 años, con amputación de pie a nivel de Lisfranc a causa de un accidente en lugar de trabajo. Presentaba una pequeña ulcera crónica en muñón distal. Se realizó la reconstrucción con un colgajo supramaleolar lateral en isla. En esta oportunidad el pedículo fascioadiposo no se tunelizó para evitar su compresión. La zona dadora, como también la del pedículo, fueron injertadas en un segundo tiempo.

Caso 3. Paciente de sexo masculino, 45 años, que presentaba una úlcera de 7 x 5 cm a nivel del maléolo interno de pierna izquierda, de 5 años de evolución, debido a una herida de arma de fuego indirecta, con anquilosis de articulación tibioastragalina. Intervenido en 17 oportunidades para reconstrucción con injertos de piel y colgajos locales, sin éxito.

Finalmente el defecto fue cubierto con un colgajo supramaleolar lateral de transposición. Presentó buena evolución con una pequeña zona de necrosis a nivel distal, que cierra por segunda.

Caso 4. Paciente de sexo masculino, 40 años, que presentaba una úlcera de 3 cm de diámetro supramaleolar interna. Para reparar el defecto se confeccionó un colgajo supramaleolar lateral de transposición. Un año después de la cirugía podemos observar un aceptable resultado estético y funcional.

Discusión

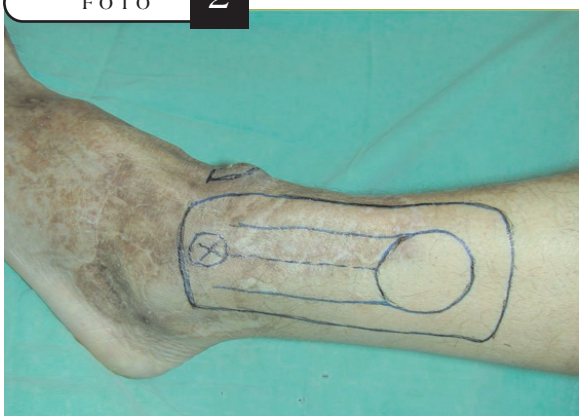
Este colgajo a pedículo vascular distal es muy útil para cubrir defectos del tobillo y proximales del pie. Es un colgajo peroneo sin sacrificar la arteria peronea. Posee un largo pedículo que facilita el arco de rotación y transforma la perfusión anterógrada en un colgajo de perfusión retrógrada (10).
En la confección del colgajo hay que tener en cuenta las variaciones anatómicas y una prolija disección. El punto más débil es el retorno venoso, que lleva a estasis venosa y a veces a sufrimientos del colgajo como registramos en nuestra casuística, pero con evolución final favorable.
Requiere tener un buen estado circulatorio local, por lo cual está contraindicado en pacientes añosos.

Caso 1

FOTO 1

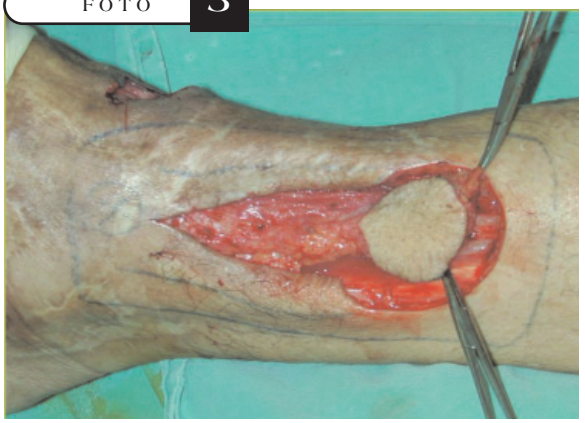
PREOPERATORIO.

FOTO 2



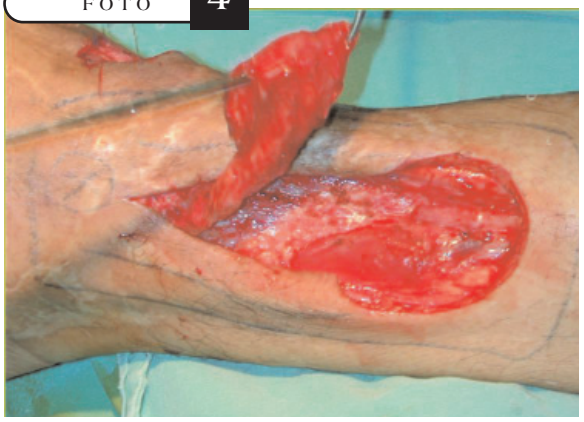
Diseño del colgajo.

FOTO 3



Disección del colgajo.

FOTO 4



Elevación del colgajo.

FOTO 5

Transposición del colgajo.

FOTO 6

Colgajo transpuesto.

FOTO 7

Colgajo suturado en posición.

FOTO 8

Resultado alejado del colgajo.

FOTO 9

Resultado alejado de la zona dadora.

Conclusiones

- El colgajo supramaleolar lateral tiene múltiples indicaciones en las pérdidas de sustancia del tercio distal de la pierna y del pie.
- Su disección es sencilla y la vascularización es fiable.
- Su transposición debe ser cuidadosa para que no ocasione dificultades en el retorno venoso.

Bibliografía

1. Masquelet AC, Romaña MC. Los colgajos musculares y cutáneos. El colgajo supramaleolar lateral, 131-140, 1990.
2. Masquelet AC, Romaña MC, Beveridge J, Gerber C. The lateral supramalleolar flap. Plast Reconstr Surg 81: 74-81, 1988.
3. Lee YH, Rah SK, Choi SJ, Chung MS, Baek GH. Distally Based Lateral Supramalleolar Adipofascial Flap for Reconstruction of the Dorsum of the Foot and Ankle. Plast Reconstr Surg 114:1478-1485, 2004.
4. Touam C, Rostoucher P. Comparative study of two series of distally based fasciocutaneous flaps for coverage of the lower one-fourth of the leg, the ankle, and the foot. Plast Reconstr Surg 107:383-392, 2001.
5. Koshima I, Itoh S. Medial and Lateral Malleolar Perforator Flaps for Repair of Defects Around the Ankle. Ann Plast Surg 51:579-583, 2003.
6. Masquelet AC, Romaña MC. Skin island flaps supplied by vascular axis of the sensitive superficial nerves: anatomic study and clinical experience in the leg. Plast Reconst Surg 89:1115-1121, 1992.
7. Voche P, Merle M. The lateral supramalleolar flap, experience with 41 flaps. Ann Plast Surg 54:49-54, 2005.
8. Valenti P, Masquelet AC, Romaña MC. Technical refinement of the lateral supramalleolar flap. Br J Plast Surg 44:459-462, 1991.
9. Rocha JFR, Gilbert A, Masquelet AC. The anterior tibial artery flap: anatomic study and clinical application. Plast Reconstr Surg 79:396-404, 1987.
10. Beveridge J, Masquelet AC, Romaña MC. Anatomic basis of fascio cutaneous flap supplied by the perforating branch of the peroneal artery. Surg Radiol Anat 10:195-199, 1988.

Utilización de tejidos expandidos para la reconstrucción de defectos congénitos y adquiridos

Paulina Iwanyk*, Sebastián Iacouzzi**

*Jefe Cirugía Plástica Pediátrica Hospital Italiano.
**Médico Carrera de Médico Especialista en Cirugía Plástica y Reconstructiva UBA
Departamento de Pediatría, Cirugía Plástica Pediátrica. Hospital Italiano de Buenos Aires, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. www.plasticapediatrica.com.ar
Presentación y Mención al Mejor Póster en el XVI Congreso de la Federación Iberolatinoamericana de Cirugía Plástica. XXXVI Congreso Argentino de Cirugía Plástica 28 de marzo al 1 de abril de 2006, Buenos Aires, Argentina
Correspondencia: Dra. P. Iwanyk; e-mail: paulina.iwanyk@hospitalitaliano.org.ar. Dr. S. Iacouzzi;
e-mail: sebastian.iacouzzi@hospitalitaliano.org.ar

Resumen

La expansión tisular es una herramienta reconstructiva invaluable y un método confiable, utilizable en pacientes de cualquier edad, que aporta tejidos de similar color y textura a los márgenes del área del defecto con la ventaja de una nutrición vascular mejorada y que elimina la necesidad de una zona dadora de tejido.
Presentamos reconstrucciones utilizando tejidos expandidos en diferentes localizaciones:
Varón con una secuela grave de quemadura en el cuello, mujer que presenta una región alopécica parietal y occipital, un paciente con diagnóstico de extrofia de cloaca y ausencia de pared abdominal anterior, mujer adolescente con injerto de piel discrómico en la región facial y un varón 7 años con disgenesia auricular derecha.

Abstract

Tissue expansion is an invaluable reconstructive tool and a reliable method for patients at any age, that contribute with tissue of color and texture similar to the surroundings of the defect area, with the advantage of an improve vascular nutrition and that the needless of a tissue donor site zone.
We present reconstructions in different locations using tissue expansion:
An 8 years old Male with a mayor burn scar in the neck, woman with a parietal and occipital alopecic region, a patient with diagnosis of cloacal extrophy and absence of abdominal wall, adolescent woman with a mismatch color skin graft in the facial region and a 7 years old male with microtia.

Introducción

La escasez de la piel en diversas localizaciones se presenta como un desafío que pone a prueba las habilidades del cirujano reconstructivo.
La respuesta a ello se encuentra, muchas veces, en colgajos locales rotados o transpuestos, que si bien generalmente cubren o reconstruyen los defectos, pueden dejar la piel trazada de cicatrices y/o cierres a tensión.
En 1957, Neumann, buscando una solución a estos inconvenientes y partiendo de la observación del fenómeno natural de expansión de la piel y los tejidos subyacentes en el embarazo, en tumores de crecimiento lento y colecciones en donde el tejido local se dilata y aumenta en respuesta a la tensión generada por el aumento del volumen, utilizó estos principios y logró reconstruir una lesión traumática del pabellón auricular reclutando tejido local utilizando un globo en el tejido celular subcutáneo.
Sin embargo, pasaron tres décadas hasta que Radovan tomó esta idea y la colocó nuevamente en uso para la

reconstrucción de una mama.
A partir de entonces, el resurgimiento de esta técnica suma adeptos y se vuelve popular en el campo de la cirugía reconstructiva.
Ahora es considerada una técnica estándar aceptada y confiable.

Material y método

La expansión tisular como fuerza de acción ocasiona una tensión en la epidermis que provoca la proliferación de queratinocitos. Para contrarrestar esta fuerza, éstos proliferan con una arquitectura histológica idéntica a la de la piel circundante, conservando su diferenciación y sin mostrar cambios mitóticos anormales.
Otro de los cambios histológicos de los tejidos expandidos es un aumento significativo de la vascularización del plexo dérmico, lo cual da lugar a colgajos más vascularizados que toleran mejor la isquemia durante la movilización local o a distancia. La estrecha relación de este plexo subdérmico con la cápsula fibrosa que se forma durante la expansión es tal que la resección, aunque cuidadosa de la misma, pone en serio riesgo la vitalidad del tejido expandido.
La expansión tisular es una herramienta reconstructiva invalorable y un método confiable, utilizable en pacientes de cualquier edad, que aporta tejidos de igual color y textura al área a reconstruir con la ventaja de una nutrición vascular mejorada, que elimina la necesidad de una zona dadora de tejido.
Presentamos pacientes con dismorfias congénitas y adquiridas en los que se utilizó la expansión tisular como método reconstructivo.

Conclusión

Se logró la reconstrucción con tejido local, en todos los casos descriptos, mediante la utilización de colgajos expandidos y rotados de igual color y textura similar a la de la zona afectada, con una nutrición adecuada y sin necesidad de una zona dadora de tejido.

Caso 1

FOTO 1

FOTO 2

Varón de 8 años con una secuela grave de quemadura en el cuello que retrae la región mandibular hasta la clavícula.

Caso 2

FOTO 3

FOTO 4

Paciente adulta que presenta una región alopécica parieto-témporo-occipital de aproximadamente el 70% de la totalidad del cuero cabelludo.

Caso 3

FOTO 5

FOTO 6

Adolescente con injerto de piel discrómico en la región facial.

Caso 4

FOTO 7

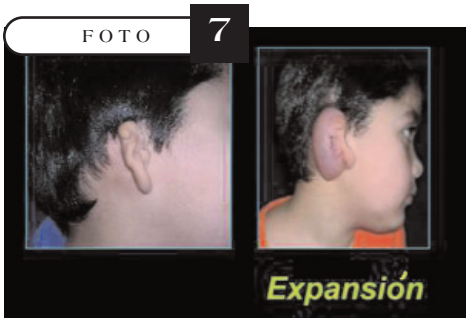


FOTO 8

Varón de 7 años con disgenesia auricular derecha al que se le realizó reconstrucción con tejidos expandidos y prótesis de Medporr.

Caso 5

FOTO 9

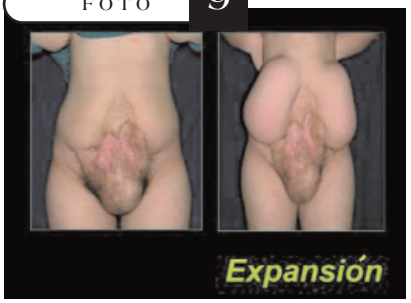
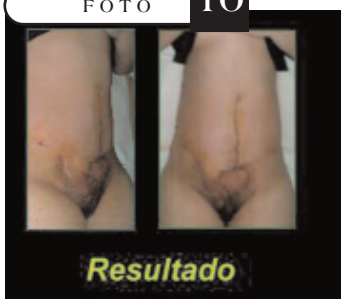


FOTO 10



Adolescente con diagnóstico de extrofia de cloaca y ausencia de pared abdominal anterior

Bibliografía

1. Rivera R, LoGiudice J, Gosain AK. Tissue expansion in pediatric patients. Clin Plast Surg 2005;32(1):35-44, viii.
2. Logiudice J, Gosain AK. Pediatric tissue expansion Indications and complications. J Craniofac Surg 2003;14(6):866-872.
3. De Filippo RE, Atala A. Stretch and growth: the molecular and physiologic influences of tissue expansion. Plast Reconstr Surg 2002;109(7):2450-2462.

Complicación en prótesis de pantorrilla. Recurso para su solución definitiva

Eduardo Marchioni*

*Cirujano Plástico Recertificado. Cirujano de Planta Permanente Sección Cirugía Plástica, Hospita "I. Pirovano" (GCBA). Miembro Titular SACPER y SCPBA. Fellow del American College of Surgeons.
Trabajo presentado en las XXXV Jornadas Científicas del Hospital "I. Pirovano". Noviembre 2005
Correspondencia: Dr. Eduardo Marchioni, Av. Cabildo 1257 4° D (1426), Ciudad Autónoma de Buenos Aires;
e-mail: dr.marchioni@gmail.com

Resumen

Se describe el caso de una paciente de 22 años en la cual, durante su intervención para la colocación de prótesis de pantorrilla (modelo Montellano), se produjo un desgarro de la aponeurosis del tríceps sural del lado izquierdo, luego de la inserción de la prótesis; como el problema fue advertido, se suturó con más puntos separados que lo habitual para reforzarla. La evolución fue normal durante el reposo obligado pero, al comenzar a marchar, la presión muscular empujó la prótesis y desgarró la fascia notándose la extremidad superior en el tejido celular subcutáneo. Se decidió en esa instancia reoperar y realizar un parche con un trozo de una malla de polipropileno de 3 cm de lado sobre la aponeurosis dehiscente, cubriendo la prótesis para obligarla a permanecer en la celda subaponeurótica.
Mediante el uso de un recurso de cirugía general, la utilización de un trozo de malla de prolene, se logró el refuerzo de una aponeurosis dehiscente en un área sometida a enormes presiones musculares como la cara posterior de la pierna, a la que se sumaba la presencia de un implante de silicona para dar mayor volumen.

Summary

We describe the case of a young female patient, 22 years of age, who was scheduled for a bilateral implant of calf prótesis (Model Montellano). During the intervention, under local anesthesia, the fascia of the sural triceps was ripped with the result of dislodging the left implant which appeared in the cellular tissue. To repair this gap we applied a resource of general surgery, fabricating a patch of polipropilene mesh, in the size of the ripped area, and it was sutured to reinforce the fascia, previously reintroducing the implant. A four year post-op control showed a perfect location of both implants with only a slight spreading of the left cutaneous scar in the popliteal sulcus.

Introducción

La hipoplasia de pantorrillas se ha transformado, desde hace unos cuantos años, en un motivo de consulta que se ve cada vez con mayor frecuencia. Como regla general, son principalmente dos tipos de pacientes los que solicitan una mejoría quirúrgica de sus piernas en este sentido: un primer grupo que con alguna secuela neurológica o muscular desea ver incrementado el perímetro de su pantorrilla, en los cuales a veces es necesaria la intervención unilateral; y un segundo grupo, aquellos pacientes, más comúnmente mujeres, que desean hacerlo por razones puramente estética (pantorrillas finas).
El diseño y la creación posterior de los implantes de pantorrilla, en un principio obra del Dr. Luis Montellano, de Brasil, desarrollados por la empresa SIlimed, fue un aporte excepcional en este tipo de intervenciones que antes podían tratarse en el mejor de los casos con una transferencia de grasa o lipoinjerto el cual, como es clásico, disminuía con el tiempo hasta incluso desaparecer.
Las mencionadas prótesis vinieron entonces a ocupar este lugar, con la ventaja adicional de que con un aprendizaje sencillo y muy reglado en conceptos anatómicos el procedimiento es corto, seguro y ambulatorio.

El caso que describo a continuación es de este segundo grupo, una paciente joven que nos planteó sus deseos de mejorar el aspecto de sus adelgazadas pantorrillas (Fotos 1 a 4).

FOTO 1

Preoperatorio de frente

FOTO 2

Preoperatorio de perfil, pierna izquierda.

FOTO 3

Preoperatorio de perfil, pierna derecha.

FOTO 4

Preoperatorio visión posterior.

Descripción

Una vez examinado el caso de esta paciente, se le planteó la posibilidad del implante de pantorrillas con prótesis de modelo Montellano de un volumen de 140 cc, ya que están diseñadas para aproximarse más a la anatomía de la región, haciéndose innecesario la utilización de más de un implante. Luego de las explicaciones de rigor, la paciente estuvo de acuerdo y los adquirió.
Su cirugía se programó con anestesia local y una leve sedación, con regreso a su domicilio en el mismo día de

intervención. El implante comenzó por la pierna derecha alojándose sin dificultades en el compartimiento subfascial de la aponeurosis del tríceps sural una vez decolado un bolsillo adecuado.
El segundo implante en la pierna izquierda fue cedido a uno de nuestros cirujanos en formación y en una desafortunada maniobra se produce un desgarro de la aponeurosis en el tercio medio de la incisión. Pensamos que suturándola solucionaríamos este problema, pero el posoperatorio nos demostró lo contrario.
Mientras la paciente se mantuvo en reposo, es decir sin deambulación, no existió ningún problema; pero a la semana, cuando comenzó a caminar, la prótesis izquierda, comprimida en su compartimiento entre un poderoso grupo muscular y una aponeurosis reparada, completó el desgarro y se alojó en el tejido celular (su extremo superior) (Fotos 5 y 6).
Es conocido el destino de un material de silicona en el tejido celular y con magra cobertura: la extrusión o salida y la posibilidad de una infección local.
Debíamos, por lo tanto, plantear a la paciente el retiro de la prótesis izquierda con la poco agradable situación de permanecer con un solo implante hasta la cicatrización del lado izquierdo.
Pero como la reparación quirúrgica con numerosos puntos de sutura no logró en primera instancia su solución, se pensó en la posibilidad de algún material de refuerzo para la zona afectada.
De esa manera, y pensando en los refuerzos de la aponeurosis de los rectos que utilizamos en las ocasiones de reconstrucciones de la pared abdominal, en el uso de colgajos TRAM para reconstrucción mamaria, o en las reparaciones herniarias de los cirujanos generales, decidí intentar reparar la brecha de la aponeurosis del tríceps sural con un trozo de malla de polipropileno (Prolene ®).
Se programó la segunda intervención en las mismas condiciones que la primera; en ella tomamos un trozo de malla de prolene (Foto 7) en una medida que excedía ligeramente el tamaño del desgarro y se procedió a reintroducir la prótesis y reforzar por encima la aponeurosis sural (Fotos 8 y 9) con puntos separados de prolene. Se completó la síntesis con un plano de tejido celular y la sutura de piel.
El posoperatorio fue normal y no se presentaron otras complicaciones. Hasta el último control, realizado a los seis meses de la intervención, el refuerzo había logrado su cometido.
Dejamos de ver a nuestra paciente por un período prolongado de tiempo y conseguimos ponernos en contacto a los cuatro años de la intervención. Observamos con alegría que nuestra segunda intervención había sido completamente exitosa; el refuerzo de la aponeurosis no sufrió ninguna alteración con el tiempo, a pesar de la gran presión que ejercen los grupos musculares sobre la zona de reparación en la cotidiana maniobra de caminar, saltar o inclusive correr.
Las fotografías posoperatorias nos muestran un muy buen resultado desde el punto de vista volumétrico de las pantorrillas y solamente una ligera distensión de la cicatriz de la pierna reoperada, cuyo retoque le fue ofrecido pero la paciente declinó (Fotos 10 a 14).

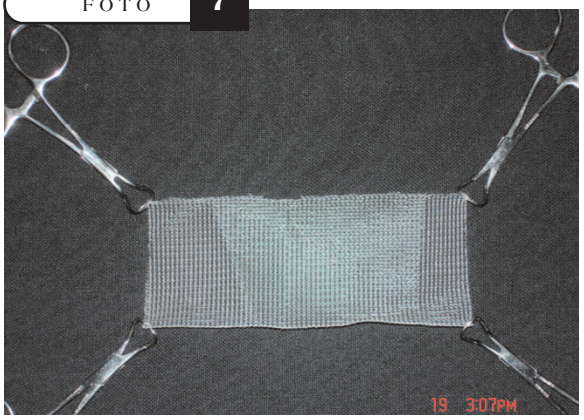
FOTO 5

Prótesis herniada en el tejido celular.

FOTO 6

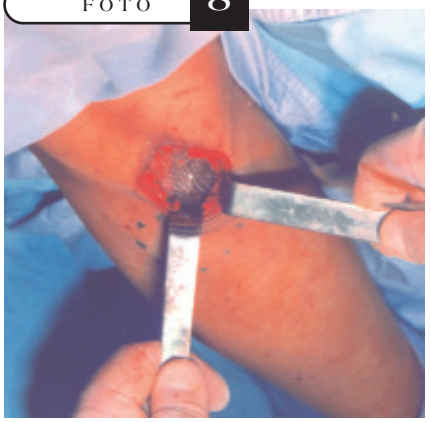
Hernia de la prótesis en el celular.

FOTO 7



Malla de polipropileno utilizada.

FOTO 8

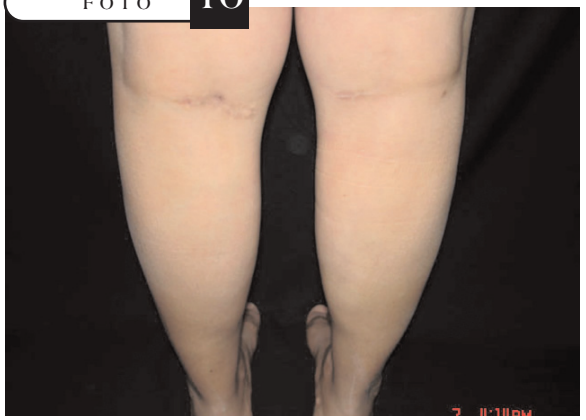


Malla de polipropileno colocada, vista superior.

FOTO 9

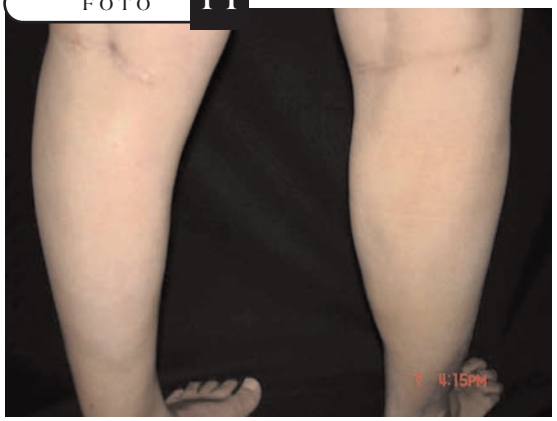
Refuerzo con malla de polipropileno.

FOTO 10



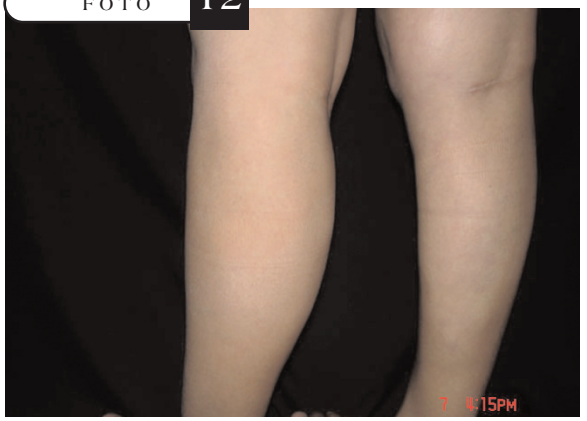
Posoperatorio de 4 años, vista de atrás.

FOTO 11



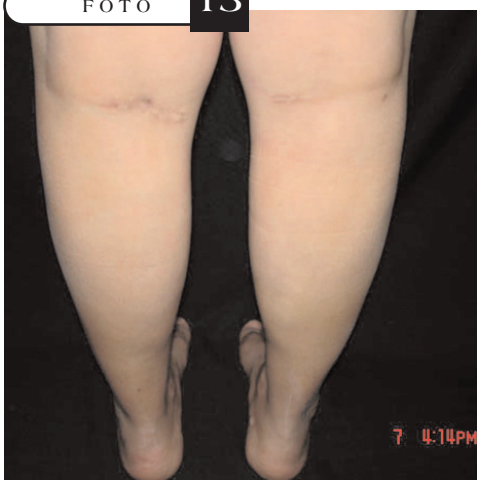
Posoperatorio, vista de ambas piernas.

FOTO 12



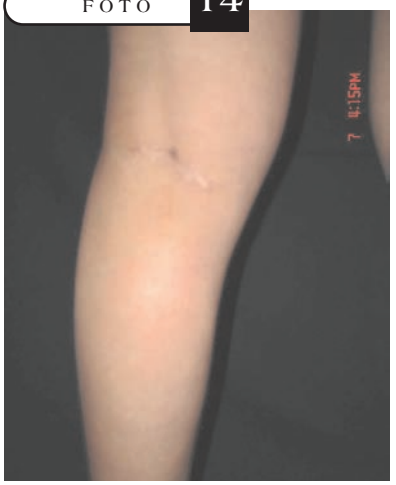
Posoperatorio, vista oblicua con ambas piernas desde atrás.

FOTO 13



Posoperatorio de 4 años.

FOTO 14



Close up (acercamiento) de la cicatriz izquierda.

Discusión

Todos los recursos de que dispone el cirujano son útiles de acuerdo con la necesidad. Es por eso que la cirugía reparadora posee el encanto de obligarnos a pensar y discutir para elaborar diferentes propuestas, abordajes y soluciones.

En el caso que nos ocupa, y siendo básicamente una intervención de características estéticas, mediante el uso de un recurso de cirugía general, la utilización de un parche confeccionado con un trozo de malla de prolene, se logró el refuerzo de una aponeurosis dehiscente en un área sometida a enormes presiones musculares como la cara posterior de la pierna, a la que se sumaba la presencia de un implante de silicona para dar mayor volumen, con una acción de ariete sobre el área desgarrada.

Esperamos que la solución aportada en esta ocasión pueda ser tenida en cuenta y ser de utilidad para los colegas en situaciones similares.

Bibliografía

1. Montellano Luis: Plástica da Panturrilha. Trabajo realizado en el Centro Integrado de Cirugía Plástica de Río de Janeiro. Setiembre 1984 Folleto Silimed Ltda.
2. Carlsen NL. Calf Augmentation. A preliminary report. Annals of Plastic Surgery 2(6), 1979.
3. Testut - Jacob. Anatomía Topográfica. Salvat Editores. 1961.
4. Gutstein RA. Augmentation of the lower leg: a new combined calf-tibial implant. Plast Reconstr Surg 2006;117(3):817-826; discussion 827.
5. Niechajev I. Calf augmentation and restoration. Plast Reconstr Surg 2005;116(1):295-305; discussion 306-7.
6. Nunes GO, Garcia DP. Calf augmentation with supraperiostic solid prosthesis associated with fasciotomies. Aesthetic Plast Surg 2004;28(1):17-19.
7. Dini M, Innocenti A, Lorenzetti P. Aesthetic calf augmentation with silicone implants. Aesthetic Plast Surg 2002;26(6):490-492.
8. Deysine M. Use of resterilized polypropylene mesh in inguinal hernia repair. J Am Coll Surg 2006;202(5):856-857; author reply 857.
9. Cangi A, Manukyan MN, Gulluoglu BM, Barlas A, Yegen C, Yalin R, Yilmaz N, Aktan AO. Use of resterilized polypropylene mesh in inguinal hernia repair: a prospective, randomized study. J Am Coll Surg 2005;201(6):834-840.

Revista Argentina de Cirugía Plástica

Mastoplastia de aumento. Ventajas del abordaje areolar

Claudio H. Pol*, Mauricio L. Salzamendi*

*Centro de Cirugía Plástica Dr. Pol. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.
Correspondencia: Dr. Claudio H. Pol; e-mail: polclaudio@intramed.net.ar | cirugiaplastica@fibertel.com

Resumen

Presentamos un estudio retrospectivo de 98 pacientes a quienes se realizó mastoplastia de aumento mediante abordaje areolar.
Distintas variables fueron consideradas vinculadas al abordaje, como calidad estética de la cicatriz, sensibilidad del complejo aréola-pezón, acceso a distintos planos de implantación, modificación del tamaño o la ubicación del complejo aréola-pezón, tratamiento de complicaciones o patologías asociadas, etc. Se exponen las ventajas del abordaje areolar y la modificación "doble round block" efectuada a la técnica original descripta por Benelli.
El grado de satisfacción de las pacientes fue elevado.

Summary

This article represents a retrospective view of 98 patients operated by the authors, with the periareolar approach for mammary augmentation.
Cicatrizal result, access to different planes of implantation, modification of the size of nipple-areola complex, resolution of inmediate and late postoperatory complications and others variables were considerated. The advantages of the periareolar approach and the modification of Bennelli´s original technique "double round block" are considerable.
Patient´s satisfaction was high for procedures.

Introducción

Se evaluaron en forma retrospectiva 98 pacientes con mastoplastia de aumento por vía areolar, operadas en un lapso de 26 meses. Se excluyeron las pacientes intervenidas por cualquier otra vía de abordaje. Se incorporaron al estudio pacientes con cirugías primarias o secundarias. Todos los implantes mamarios fueron de gel de siliconas. La comunicación no analiza superficie ni forma de éstos, ni tampoco la evolución posoperatoria alejada de los dispositivos.

Las distintas variables consideradas vinculadas al abordaje fueron: calidad estética de la cicatriz, sensibilidad del complejo aréola-pezón, acceso a distintos planos de implantación, tratamiento concomitante de trastornos estéticos mamarios, tratamiento concomitante de patología asociada, tratamiento de complicaciones inmediatas o mediatas.

Material y métodos

De las 98 pacientes operadas desde octubre de 2003 a diciembre de 2005, 76 fueron mastoplastias de aumento primarias. De éstas, en 12 se realizó pexia del complejo aréola-pezón mediante la sutura con "double round block" bilateral y en 3 unilateral. Esta técnica combina la sutura periareolar con nylon, como fue descripto por Benelli, con una sutura circunferencial e intradérmica con Vycril o Monocrile.

La mastoplastia fue secundaria en 21 pacientes. Se intervinieron 12 por encapsulamiento fibroso retráctil. Otras 4 pacientes recibieron un implante unilateral para lograr la simetría con la mama contralateral reconstruida. En 2 pacientes con siliconomas múltiples bilaterales por inyección, se realizó adenectomía bilateral y mastoplastia por vía periareolar inferior. En 1 paciente se efectuó mastectomía unilateral con conservación de piel y reconstrucción con implante exclusivamente por vía cir-

cunareolar. Debieron ser reoperados 5 casos por complicaciones inmediatas.

La edad de las pacientes tuvo una media de 31,6 años (rango: 17 a 62 años), y el seguimiento de 2,4 meses (rango: 1 a 26 años).

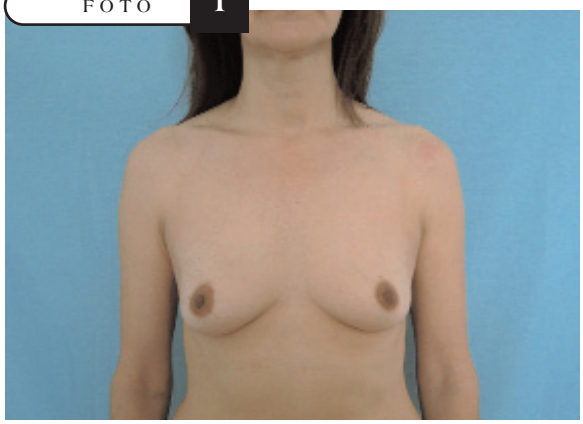
Resultados

El grado de satisfacción de las pacientes en cuanto a la calidad estética de la cicatriz fue elevado (94%). Se produjeron reacciones a cuerpo extraño en 4 pacientes, debido al hilo de Vicryl; 2 de ellas sometidas a mastoplastia de aumento con pexia circunareolar con "double round block". En 3 casos se debió resuturar la herida quirúrgica.

Este abordaje permitió acceder a todos los planos de implantación. En 54 casos (55,1%) el plano utilizado fue el retropectoral, en 3 (3,06%) el subfascial y en el resto de las pacientes (41) el subglandular (41,8%).

Con este abordaje se pudo realizar a 3 pacientes, en forma concomitante, la mastoplastia y la resección de nódulos mamarios previamente marcados con carbón activado.
Una paciente fue explantada unilateralmente a 4 años de la cirugía primaria, por encapsulamiento fibroso retráctil grado IV de Backer, abscedado. Luego del tratamiento médico adecuado, se reimplantó por la misma vía de abordaje.
Seis pacientes con mamas tuberosas de distinto grado, 4 bilaterales y 2 unilaterales, fueron implantadas por esta vía.
La evaluación de la sensibilidad del complejo aréola-pezón, realizada en los controles posoperatorios en consultorio, se mantuvo sin cambios en 82 pacientes (83,6 %). Once (11,2%) manifestaron hipersensibilidad unilateral o bilateral, que cedió progresivamente entre 15 días a 3 meses. El 4,08% (4 pacientes), todas ellas con cicatriz circunareolar, informaron hiposensibilidad bilateral que evolucionó favorablemente entre 2 a 3 meses del posoperatorio.
Se presentó anestesia del CAP unilateral en 1 paciente con incisión periareolar inferior.

FOTO 1



Preoperatorio. Hipomastia.

FOTO 2

Posoperatorio.

FOTO 3

Preoperatorio. Retracción areolar: mama tuberosa unilateral.

FOTO 4

Posoperatorio.

FOTO 5

Retracción capsular.

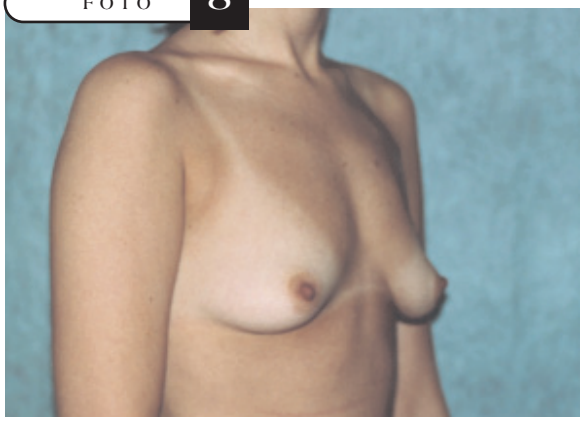
FOTO 6

Extracción: prótesis y cápsula.

FOTO 7

Posoperatorio.

FOTO 8

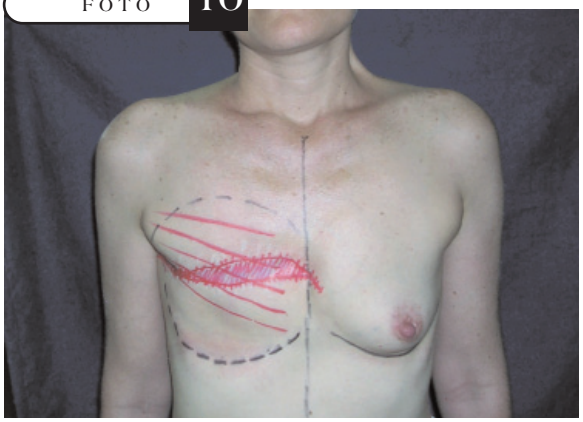


Mama tuberosa.

FOTO 9

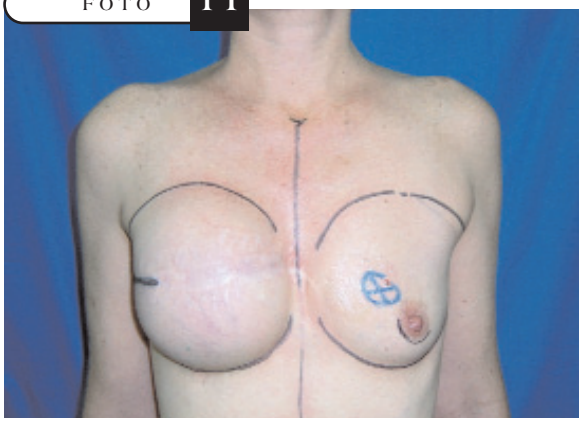
Posoperatorio.

FOTO 10



Mastectomía derecha, marcación y colocación de expansor.

FOTO 11



Mama expandida. Marcación nódulo y ubicación de prótesis.

FOTO 12

Posoperatorio.

FOTO 13

Mamas tuberosas.

FOTO 14

Posoperatorio.

Conclusiones

- El abordaje periareolar es sumamente versátil.
- La cicatriz resultante, tanto parcial como circunareolar, suele ser poco visible.
- Permite al cirujano el acceso a los distintos planos de implantación.
- Posibilita la reducción o aumento del diámetro del complejo aréola-pezón.
- Permite la resección de patología asociada previamente marcada.
- Es posible revisitar la mama para el tratamiento de complicaciones postoperatorias inmediatas o tardías.
- Se puede elevar unilateral o bilateralmente el CAP, evitando su distensión y minimizando las arrugas perimetrales, mediante el "double round block".

Bibliografía

1. Benelli L. Technique de plastie mammaire le round block. Revue francaise de Chirurgie Esthetique. N*50, Tome XIII, March, 1988.
2. Benelli L. A new periareolar mammoplasty: The "round block" technique. Aesth Plast Surg 14:93-100, 1990.
3. Spear S, Kassan M, Little J. Guidelines in Concentric Mastopexy. Plast Reconstr Surg 85:961, 1990.
4. Wilkinson T, Aiache A, Toledo L. Circumareolar Techniques for Breast Surgery. Springer-Verlag, Inc. New York, N.Y. 1995.
5. Elliot L. Circumareolar mastopexy with aumentation. Clin Plast Surg 29:337, 2002.
6. Spear S, Giese S, Ducic I. Concentric mastopexy revisited. Plast Reconstr Surg 107:1290, 2001.
7. Rohrich RJ, et al. The Limited Scar Mastopexy: Current Concepts and Approaches to Correct Breast Ptosis. Plast Reconstr Surg 114:1622, 2004.

Revista Argentina de Cirugía Plástica

Valva quirúrgica iluminada inalámbrica

Mariano Ricardo Meglioli Figuero*

*Hospital de Clínicas "José de San Martín". Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina
Correspondencia: Dr. Mariano R. Meglioli; e-mail: drmeglioli@gmail.com

Resumen

Se presenta un **instrumental novedoso**, creado y patentado por el autor, basado en tecnología lumínica, que consta de una valva quirúrgica para separación de tejidos, creación de bolsillos, de gran utilidad en cirugía mamaria o de inclusión de diferentes prótesis, y una importante fuente de luz fría incorporada, alimentada por baterías.No tiene cables ni fibra óptica.

Introducción

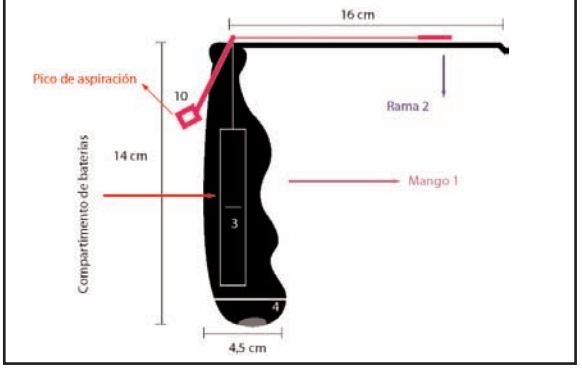
La presente invención se relaciona con un instrumental quirúrgico, conocido como valva de separación de tejidos, que fue equipado con una fuente de iluminación propia.
Actualmente, las valvas de cirugía, principalmente para cirugía plástica, se hallan compuestas por una lámina de acero inoxidable u otro metal, a la cual se le ha adosado una fibra óptica, que transmite luz desde una fuente externa al campo quirúrgico. Es decir que se necesitan varios elementos, algunos de ellos de alto costo.

Descripción detallada

En este caso, no se necesita una fuente de luz externa, ni el cableado de la fibra óptica, para dotar de iluminación a la valva, puesto que ésta incorpora la fuente de luz y de energía (pilas AAA), sin cableado.
La principal ventaja que resulta de esta invención es que, al no tener cableado, posibilita su mejor manejo dentro del campo quirúrgico estéril, la reducción de elementos en él y una mejor maniobrabilidad de la valva.
Otra ventaja es que la luz generada por los diodos emisores de luz (LED) ultrabrillantes es muy potente (17.000 milicandelas) y de baja temperatura, a diferencia de las fuentes de luz externas, que transmiten calor al instrumental y a los tejidos.
Presenta además una tubuladura para aspiración, tanto para aspirar líquidos y fluidos como el humo generado por el electrobisturí, que imposibilita la buena visión, sobre todo dentro de cavidades (Figuras 1, 2 y 3).

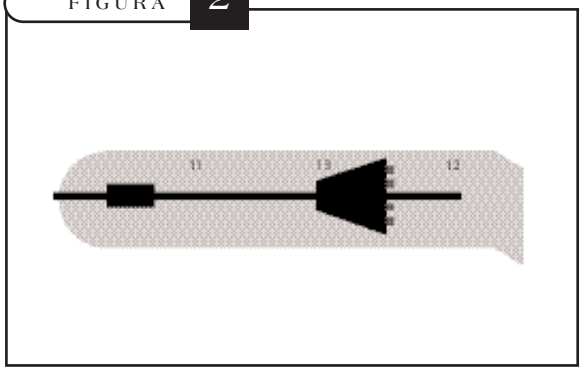
Por último, el dispositivo es encendido por el mismo usuario y no depende de personal extra (como es el caso de circulantes, dentro de quirófano, que a la orden del cirujano deben encender la fuente de luz externa y apagarla, ya que se recalienta con el uso).
Está fabricada con materiales resistentes (acero inoxidable y aluminio).

FIGURA 1



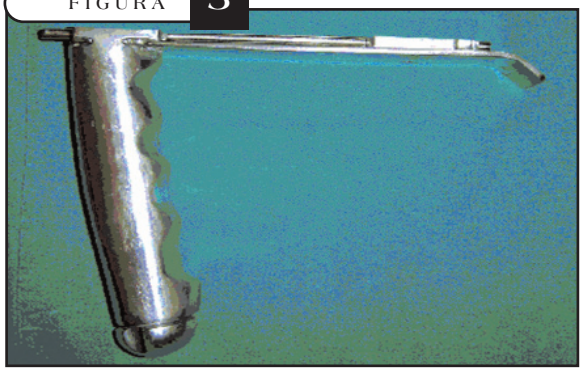
Vista de perfil, con los componentes y dimensiones.

FIGURA 2



Vista de la rama portadora de la luz (LED).

FIGURA 3



Fotografía.

Discusión

Patricio F. Jacovella

Se trata de un instrumento interesante y de bajo costo. Sería de utilidad que el autor explicara la manera de esterilizar la valva, teniendo en cuenta las altas temperaturas de autoclave para la luz y las complicaciones posteriores a la mala ventilación después del uso de óxido de etileno.

De una manera también económica, se han usado laringoscopios para adultos a manera de valvas en cirugías de aumento mamario y modelos para niños como separadores nasales tipo Aufricht.

Así como se presentó en un número anterior de esta revista una pinza iluminada con similares emisores de

Revista Argentina de Cirugía Plástica

SECCION MEDICO LEGAL

Historia clínica informatizada

Francisco Jorge Famá

Especialista en Cirugía Plástica y Medicina Legal

Definimos a la **Historia Clínica** como:
Historia: narración y exposición verdadera de los acontecimientos pasados y cosas memorables.
Clínica: tiene su origen el término "clinicus" (latín) que a su vez deriva del griego "klinikós" cuya raíz es "kline" ,que significa literalmente "lecho".
De la fusión de ambos términos se entiende a la historia clínica como "el relato escrito de lo acontecido en el lecho del enfermo" hecho por el médico, quien vela por el bienestar del paciente junto a su cama (kline).
Desde el punto de vista médico legal es considerado un documento privado (institucional o no) dado que permite el establecimiento de relaciones jurídicas con absoluta abstracción del hecho original y los sujetos intervinientes (el paciente y el/los médicos tratantes en este caso). Se transforma en documento público cuando es utilizada en un proceso y no es objetada por las partes.
Tradicionalmente es un registro realizado en forma manuscrita, personal, por los médicos tratantes .
En cuanto a la Historia Clínica Informatizada, surge una controversia desde la introducción de la Informática en Medicina acerca de las ventajas y desventajas derivadas de la utilización de registros médicos computarizados; en este caso surge el problema de su valor probatorio en juicios por Responsabilidad Médica (mala praxis) los que constituyen la causa más frecuente de su secuestro judicial.
En este tipo de historia no es posible la firma autógrafa, lo que constituye un problema dado que cada intervención médica debe ser adecuadamente firmada y fechada, con aclaración del nombre y matrícula en forma manuscrita y legible. La firma es entendida como un signo personal, individual y esencial para dar validez a un documento privado. Es una condición en la que se basa su autenticidad como documento.
Según el artículo 1012 del Código Civil, se exige que los instrumentos privados deben necesariamente contener "la firma de las partes" no pudiendo "ser reemplazada por signos ni por las iniciales de los nombres o apellidos".
El dilema central surge ante la imposibilidad de la reproducción de la firma autógrafa en la historia clínica informatizada por lo que su valor probatorio sería considerado análogo al de los instrumentos particulares no firmados a los que se hace referencia en el artículo 1190 del Código civil. Se le asigna entonces el valor de "principio de prueba por escrito" descripto en el artículo 1192. En consecuencia su valor probatorio se ve limitado debiendo ser complementado por otros medios de prueba.
Actualmente no existe una legislación que regule la forma en que el médico deba guardar sus informaciones. Si bien hay cierta jurisprudencia, en donde la Justicia falla en contra de los facultativos en los casos en donde hay ausencia de inscripción de la información, considerando que "si no está escrito es porque no se hizo", los registros médicos informatizados son acordes con la ley.
La sustitución de la historia clínica tradicional, en soporte papel, por una historia clínica informatizada (HCI), responde a varias necesidades:

- Resolver los dos problemas clásicos de los archivos de Historia Clínica.
- El crecimiento continuo del volumen almacenado, que llega a crear graves problemas de espacio físico, y el inevitable trasiego de documentos originales, con riesgo de pérdida y de su deterioro.
- Permitir la transferencia rápida de la información sanitaria existente de un paciente a puntos lejanos, unificando así, de hecho, la Historia Clínica por encima de los límites de las instituciones asistenciales.
- Poner a disposición de los investigadores y de los planificadores sanitarios esta información, en forma fácilmente accesible y tratable

De conformidad con lo expuesto, los sistemas de digitalización de historias clínicas se erigen como el medio idóneo no sólo para suplir las deficiencias del sistema manuscrito imperante, sino para colaborar con el profesional en el ejercicio de la medicina transformando el mero registro de datos clínicos en una herramienta útil de permanente y ágil consulta, a la par de cumplir con la totalidad de las recomendaciones vertidas por el Comité de Ministros del Consejo de Europa a los Estados Miembros sobre la Protección de Datos Médicos.

Este sistema preserva el correcto ejercicio profesional y, a la vez, protege los derechos de los pacientes (en especial, información, confidencialidad e intimidad). Sus ventajas resultan categóricas:

1) Inviolabilidad. Evita, mediante técnicas de encriptación, la alteración de las historias clínicas en razón de que toda modificación debe realizarse por intermedio del soft. El sistema adecuado impide borrar lo escrito previamente, agregando cualquier corrección efectuada, al final del texto. Resulta conveniente, a todo evento, que el profesional entregue a un escribano, una copia de su archivo (en CD) de manera periódica. De esta forma resulta inviable alterar con posterioridad lo protocolizado con anterioridad.
2) Secuencialidad. El soft no permite que se altere la secuencia en el llenado de la historia clínica.
3) Legibilidad. permite una fácil y rápida lectura de los datos consignados en las historias clínicas a la vez que posibilita la emisión de recetas legibles, circunstancia que evita la comisión de errores en la venta de medicamentos de nombres parecidos.
4) Duración. Las copias de seguridad de las historias clínicas realizadas en CD aseguran la perdurabilidad de la misma .
5) Garantía. El software obliga a completar la totalidad de los ítems contemplados, evitando las omisiones y deficiencias involuntarias en el registro de datos útiles, debe garantizar los aspectos Éticos y legales del ejercicio de la profesión medica (secreto médico, deontología médica).
6) Transportabilidad e impresión. Asegura que el paciente pueda disponer de una copia de su historia clínica sin perjuicio de que el médico tenga la misma en su archivo. Posibilita el fácil transporte en disquete y permite futuras consultas inclusive llevando todas sus imágenes: radiografías, tomografías, etc.;
7) Alteraciones por terceros. Con la utilización de claves de acceso se evita la alteración de las historias clínicas por personas no autorizadas;
8) Confidencialidad. Se protege la confidencialidad de los datos médicos y la intimidad del paciente.
9) Recuperabilidad. Posibilidad de la recuperación de la información por parte de los profesionales actuantes. No borrando la información y guardando secuencialmente la misma, con las sucesivas modificaciones y las bajas, permitiendo su reconstrucción.

No existe ninguna legislación que permita o prohíba la historia clínica electrónica.
Al no haber Ley, se cae en la jurisprudencia existente y si no hay dicha jurisprudencia, se utilizan los usos y costumbres.
Como decíamos, no hay una Ley específica; en cuanto a la jurisprudencia, ya hay casos en los cuales la Justicia ha aceptado como prueba una impresión de la historia clínica firmada por el médico. Y aquí caemos en otro concepto del derecho que es el "derecho a la defensa"; si la única prueba que tiene un médico, para defenderse de un juicio por mala praxis, es la impresión de una historia clínica, si un juez no acepta dicha prueba podría estar violando el "derecho a la defensa".
La Asociación Médica Argentina AMA establece en su Código de Ética:
Art.-185 En caso de computarización de la Historia Clínica deberán implementarse sistemas de seguridad suficientes para asegurar la inalterabilidad de los datos y evitar el accionar de violadores de información reservada.
De este modo está aceptando que la historia pueda ser computarizada.

La Firma Manuscrita es una expresión de voluntad en un medio o soporte papel, como dijimos, requisito en los documentos privados.
La Firma Digital, es el reemplazo de la firma hológrafa utilizada en medio papel, que manifiesta la misma

intención y expresión de voluntad para el medio electrónico, y su implementación permitiría la utilización de la historia clinica digital sin limitaciones.

Partiendo de la premisa de cumplimentar con la seguridad, la utilización de técnicas surgidas de la criptografía permiten fácilmente cumplir con la:
Integridad: la información contenida en texto electrónico que no ha sido modificada luego de su firma.
Autenticación: la información del documento y su firma se corresponden indubitablemente con la persona que ha firmado.
No repudio: la persona que ha firmado no puede decir que no lo ha hecho.
Confidencialidad: la información contenida ha sido cifrada, y la voluntad del emisor solo permite que el receptor que él determine pueda descifrarla.

La Firma Digital es un elemento a tener en cuenta para la historia clínica electrónica. Es de destacar que el documento electrónico firmado digitalmente garantiza la integridad del documento al momento de la firma, cosa que la firma en papel no permite hacer en sí mismo y se debe determinar la autenticidad del documento por medios periciales no relacionados con la firma en sí.
La Firma Digital se asocia al encriptamiento del texto al cual se relaciona, lo que criptológicamente se denomina sistema de clave asimétrica. Básicamente consiste en la generación de un par de claves, una Pública y otra Privada, ligadas entre sí matemáticamente, y surgen de la aplicación de algoritmos sumamente robustos y técnicamente confiables que garantizan que el abordaje criptoanalítico se torne inoperable en forma práctica. Los documentos electrónicos firmados digitalmente, están constituidos por un proceso informático de validación o de reconocimiento de la signatura, cuyo funcionamiento está establecido sobre la necesaria combinación de dos claves, también denominadas técnicamente como llaves electrónicas, una de las cuales es privada y la otra pública.
La Clave Pública es de libre distribución y debe estar en disponibilidad de todo aquel que quiera verificar que la denominada Firma Digital generada con la Clave Privada y que se corresponde con esa Pública, es de quién dice que es y que lo que firmó no ha sido alterado.
La Clave Privada es, como dice su nombre, privada: en consecuencia debe ser resguardada por el usuario con el máximo nivel de seguridad para evitar su uso por personas no autorizadas.

En síntesis, con los medios adecuados, la Historia Clínica Informatizada es aún más confiable que el registro en papel, pero aún en ausencia de estos no existe impedimento para su utilización.

Noticias SACPER

❖ Curso Anual de Actualización en Cirugía Plástica 2006

El Curso Anual se realiza en la AMA (Av. Santa Fe 1171) y en la Web, los 2º y 4º martes de cada mes, de 21:00 a 23:00 hs, desde el 23 de mayo al 14 de noviembre.

Presidente: Dr. Guillermo Flaherty
Director: Dr. Francisco Olivero Vila
Coordinador: Dr. Francisco G. Errea
Secretarios: Dr. Luis Odriozola
Dr. Justo La Torre Vizcarra

Temas:
Implantes Mamarios I y II
Reconstrucción Mamaria I y II
Reducción Mamaria y Pexias
Contorno Corporal I (lipoaspiración) y II (dermolipectomia)
Reconstrucción Nasal, Palpebral y Orbita, Auriculoplastias
Parálisis facial, Etico-Legal

Informes: SACPER: 4816-3757/0346. AMA: 4814-0634.
www.sacper.org.ar

❖ Curso trienal. Curso Superior de Especialización en Cirugía Plástica

"La capacitación en Cirugía Plástica está dedicada a enseñar y entrenar ampliamente a los médicos en el Arte y en la Ciencia de la especialidad y a formar cirujanos plásticos competentes y responsables, capaces de ejercer en forma independiente con los más altos valores éticos y morales."

1) Cuerpo Docente:
Director Dr. Ricardo J. Losardo
Secretario General: Dr. Andrés Dimópulos
Profesores Consultos:
Prof. Dr. Fortunato Benain
Prof. Dr. Ulises de Santis
Prof. Dr. Néstor Maquieira
Prof. Dr. Victor Nacif Cabrera
Prof. Dr. Flavio Sturla
Prof. Dr. Héctor La Ruffa
Cirugía del Quemado:
Prof. Titular Dr. Vicente Bertone
Prof. Adjunto Dr. Gustavo Prezzavento
Prof. Auxiliar Dr. Carlos Sereday
Cirugía Plástica de Miembros:
Prof. Titular Dr. Ricardo Yohena
Prof. Adjunto Dr. Francisco Olivera Vila
Cirugía Plástica Infantil:
Prof. Titular Dr. Susana Ruiz
Prof. Adjunto Dr. Rubén Aufgang
Prof. Auxiliar Dra. Cristina Rijavek
Cirugía Maxilofacial:
Prof. Titular Dr. Pedro Dogliotti
Prof. Adjunto Dr. Juan Carlos Rodríguez
Prof. Auxiliar Dr. Juan M. Chavanne
Cirugía Plástica Oncológica:
Prof. Titular Dr. Ricardo Losardo
Prof. Adjunto Dr. Rodolfo Toledo Ríos
Cirugía Estética (Cátedra I y II):
Prof. Titulares Dres. Enrrique Gagliardi y Horacio García Igarza
Prof. Adjuntos Dres. Osvaldo Cudemo y Jorge Patané
Prof. Auxiliares Dres. Justo La Torre y Andrés Dimópulos

2) Hospitales (actividades teórico-prácticas)
Hospital de Niños "Ricardo Gutiérrez"
Hospital de Pediatria "Juan P. Garrahan"
Hospital de Quemados
Fundación del Quemado
Hospital Evita de Lanús
Hospital Británico
Hospital de Rehabilitación del Lisiado
Hospital Municipal de Oncología "Marie Curie"
Hospital General de Agudos "Enrique Tornú"
Hospital Naval "Pedro Mallo"
Hospital General de Agudos "Carlos Durand"
Hospital General de Agudos "Juan Fernández"

3) Ingreso
A. Requisitos:

a. Título de médico de Universidad Nacional o extranjera, reconocido por el Ministerio de Salud Pública y legalizado.
b. Actuación en cirugía, por un plazo mínimo de 3 años, certificado por un Servicio de prestigio reconocido y legalizado.
c. Evaluación: antecedentes profesionales y entrevista personal.

B. Cierre de inscripción: 16 de junio del 2006
C. Evaluación de ingreso: 24 de Junio del 2006
D. Vacantes: 4 (cuatro)
E. Inicio del curso: 1° de Julio de 2006

4) Certificado otorgado:

Especialista en Cirugía Plástica y Reconstructiva (Asociación Médica Argentina y Ministerio de Salud Pública y Acción Social).

a. Plan de estudios. Se cursarán en los 2 (dos) primeros años del Curso Superior, 6 (seis) materias o asignaturas cuatrimestrales.
   Al finalizar cada asignatura, el alumno deberá contar con el 80% de asistencias y aprobar la evaluación teórico-práctica. Al finalizar este ciclo(básico), el alumno deberá aprobar un final de las 6 materias.
   En el tercer año, el alumno elegirá una de dichas materias para nuevamente cursar en forma anual y contar con el 80% de asistencias.
   Al finalizar este segundo ciclo (especializado), el alumno deberá aprobar un examen teórico-práctico de esa sola asignatura.
b. Carga horaria total del curso: 3.000 horas.

Sociedad de Cirugía Plástica de Buenos Aires

❖ XI Simposoio Internacional de Cirugía Plástica "Siglo XXI"
19, 20 y 21 de octubre de 2006
Hotel Panamericano de Buenos Aires.
Organiza: Sociedad de Cirugía Plástica de Buenos Aires
Informes e inscripción: Tel: 4816-3757/0346.
Fax: 4816-0342
(de lunes a viernes de 12.00 a 19.00 hs)
info@scpba.com.ar
www.scpba.com.ar
Presidente: Dra. Martha O. Mogliani
Coordinador: Dr. Carlos Reilly
Secretario: Dr. Héctor Leoni
Tesorero: Dr. Rubén Rosati
Coordinador Científico: Dr. Francisco Errea

❖ Sesiones Científicas

Martes 5 de septiembre - 21 horas - AMA
Sesión Cirujanos Plásticos Juniors

11 de septiembre: fecha límite de presentación Trabajos a Premio Anual

Martes 19 de septiembre - 21 horas - AMA
Sesión Cirujanos Plásticos Juniors

Martes 3 de octubre - 21 horas - AMA
Homenaje a Ex Presidentes: Dr. Enrique Gandolfo
Presentador: Dr. Rodolfo Toledo Ríos

Martes 7 de noviembre - 21 horas - AMA
Examen a Miembro Titular

Martes 21 de noviembre - 21 horas - AMA
Tema a confirmar

Martes 5 de diciembre - 21 horas - AMA
Sesión de Trabajos a Premio
Jurado: Dres. Jorge Buquet, Abel Chajchir, Carlos Reilly y Manuel Viñal

11 de septiembre: fecha límite de presentación

Sociedad de Cirugía Plástica de Rosario

❖ Reuniones Científicas:

26 de junio de 2006: Primera Reunión Conjunta de la Sociedad de Mastología de Rosario y la Sociedad de Cir. Plást. de Rosario.
Conferencistas: Prof. Dr. D´Aloisio, de la Cátedra de Ginecologia de la UNR; Dr. Carlos Van Thienen, de la SACPER; y el Dr. Alberto Rancati.

29 y 30 de septiembre: XVI Simposio Internacional de Cirugía Estética videoasistido. Centro de Convenciones del Ariston Hotel de Rosario.
Invitados extranjeros confirmados: Dr. Osvaldo Saldanha, Presidente de la Soc. Brasilera de C.P., y Dr. Enrique Pera Erro, de la Soc. Uruguaya de C.P.
Invitados Nacionales: Dr. Oscar Zimman, Dr. Walter Servi, Carlos Mira Blanco y Dr. Juan Carlos Traverso.

Segundos lunes de cada mes es la Reunión Científica mensual, en la que este año disertaron la Dra. Mirta Moreno, el Dr. Néstor Vincent y el Dr. Manuel Sarrabayrouse, todos Miembros Titulares de la SACPER. Estas reuniones continúan todo el año.

Sociedad de Cirugía Plástica del NEA

28 de abril: Jornadas Quirúrgicas en Hospital de Corrientes

2 de junio: Jornadas Quirúrgicas en Hospital de Resistencia - Chaco

1, 2 y 3 de abril: Jornadas Interdisciplinarias de Fisura Labioalveolopalatina - Hospital Pediátrico "Avelino Cautelan" - Resistencia - Chaco

11 y 12 de agosto: Jornadas Quirúrgicas Hospital de Formosa - Chaco

16 de septiembre: Jornadas Quirúrgicas en Posadas - Misiones

24 y 25 de noviembre: Jornadas Internacionales de Cirugía de Mama, "Patología, Reconstrucción y Estética" - Resistencia - Chaco.