

REVISTA ARGENTINA DE CITUSÍA PLÁSTICA PUBLICACION DE LA SOCIEDA ARGENTINA DE CITUSÍA PLÁSTICA PLÁSTICA PLÁSTICA Y REPARADORA



Volumen XII Número 4 Año 2006





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: revistaarqcirplas@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

155	Editorial
156	Aplicación de cura húmeda en infecciones por artrodesis instrumentada de columna lumbar
163	Lipoabdominoplastia. Experiencia con la técnica de Avelar-Saldanha
172	Liposucción abdominal asistida con VASER
177	A propósito de un caso: resolución de com- plicación quirúrgica secundaria a artroplas- tia temporomandibular
183	Resolución de una complicación de herida grave de miembro inferior. A propósito de un caso
188	Antecedentes en cirugía plástica
192	Noticias SACPER
194	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 Vázguez

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 Iwanvk

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



ARGENTINA

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

Secretario: Dr. Ricardo F. Denes

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

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

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

Secretario: Dr. Carlos Daniel Schreiner

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

Secretario General: Dr. Enrique Santiago Rusconi

Colegio Médico de Tucumán- Las Piedras 496- (4000) San Miguel de Tucumán. Tel./ Fax: (0381) 422-0658 www.scpt.com.ar Presidente: Dr. Roberto Serrano Alcalá Vicepresidente: Dr. Fernando Colombres



Editorial

Bienaventurados los que al despertar agradecen por el nuevo día, porque ellos serán los dueños de todos sus días.

Bienaventurados los que, a fuerza de criticarse y mejorarse a sí mismos, dejan de criticar a los demás.

Bienaventurados los que no tienen tiempo para criticar o calumniar, pero el que tienen lo invierten en mejorarse.

Bienaventurados los que siendo jóvenes respetan y aman a los ancianos, porque ellos recogerán el amor y el respeto en su adultez.

Bienaventurados los que siempre tienen preguntas, porque de esta manera hallarán respuestas a sus inquietudes.

Bienaventurados aquellos a quienes no les importa saber si después de la muerte hay una vida mejor, sino que están trabajando para tenerla antes de aquella.

Bienaventurados los que entienden que la vida tiene un sentido único y es para adelante, y entienden que no hay retorno y las jugadas no se repiten ni suelen poder corregirse.

Bienaventurados los que temen, aman y respetan a Dios, porque no podrían temer a nada ni a nadie más.

Bienaventurados los que, cuando tienen que elegir, lo hacen siempre por la opción que da mayores posibilidades y alternativas y no por las que chocan contra una pared.

Bienaventurados aquellos que ponen pasión y amor por hacer algo, porque de ello nacerá el empeño por realizarlo: los que aman lo que hacen, no se rinden con facilidad;

el sabio, el genio y el maestro son frutos de la perseverancia y el amor.

Son mis deseos que este año que se va haya sido próspero y el que se inicia nos encuentre con proyectos. ¡¡Muchas felicidades!!

Dra. Martha O. Mogliani (Editora)

Aplicación de cura húmeda en infecciones por artrodesis instrumentada de columna lumbar

H. Leoni*, M. Salazar**, G. Artero***, A. Gómez***, V. J. La Torre***

- * Médico Especialista Universitario en Cirugía Plástica, recertificado, Médico de Planta del Hospital "E. Tornú"
- ** Médico Especialista Universitario en Cirugía Plástica
- *** Médicos Concurrentes del Servicio de Cirugía Plástica del Hospital "E. Tornú"
- **** Jefe de Servicio de Cirugía Plástica del Hospital "E. Tornú"

Trabajo ganador del primer premio "100 Años del Hospital Tornú", presentado en las Jornadas Interhospitalarias año 2005.

Resumen

Se describen 12 casos de pacientes con infección posquirúrgica inmediata de la artrodesis instrumentada de columna lumbar y su manejo mediante el procedimiento de cura húmeda. Se eligieron pacientes que por diferentes motivos no podían ser sometidos a una nueva intervención quirúrgica de envergadura. Con este procedimiento se evitó la extracción del elemento protésico, manteniendo este tipo de cura hasta el cierre definitivo de la herida en un período no mayor a 5 meses. Así se logró la estabilización de la columna, con rápida rehabilitación, a través de un procedimiento simple.

De acuerdo con nuestra experiencia, es conveniente el mantenimiento del aparato de fijación metálico hasta el cierre definitivo de la herida, hecho que se ve favorecido por este sistema de curación.

Summary

It describes 12 cases of patients with immediate post surgical infection of orchestrated arthrodesis of lumbar column are described and its handling using the humid cures procedure. The chosen patients could not be put under a new operation of spread due to different reasons. Through this procedure the extraction of the prostheic element has been avoided, maintaining this type of cure until the definitive closing of the wound in a period non greater than 5 months. Due to a simple procedure the stabilization of the column has been

achieved, with a fast rehabilitation. According to our experience it is advisable the maintenance of the metallic apparatus of fixation until the definitive closing of the wound, fact that is favored by this treatment.

Introducción

La infección de una herida posoperatoria de artrodesis de columna lumbar instrumentada es un problema de graves consecuencias, no solo locales sino sistémicas, ya que comprometen el estado general del paciente. Se considera en algunas ocasiones la remoción del elemento protésico para solucionar la emergencia infectológica, pero dejando como consecuencia una columna inestable y una dilatada recuperación.

Se plantea a través del procedimiento organizado de cura húmeda la eliminación de los detritus y elementos contaminantes de la herida para conservar el elemento protésico y favorecer la secuencia biológica de los procesos de cicatrización, con el menor riesgo para el paciente.

Aunque el diagnóstico precoz de la infección es dificultoso, su reconocimiento es fundamental para iniciar su tratamiento oportuno, que consiste en lavados profusos salinos, curación húmeda con alginato de calcio, evitar el decúbito sobre la herida y antibioticoterapia sistémica específica por el tiempo necesario conforme al agente infeccioso y a la presencia o ausencia de compromiso óseo.



Aplicación de cura húmeda en infecciones por artrodesis instrumentada de columna lumbar

Método

Se realizó un estudio multicéntrico durante el período 1998-2004, de tipo longitudinal retrospectivo, a través del seguimiento de 12 pacientes que fueron sometidos a artrodesis instrumentada de columna lumbar por radiculopatías compresivas y que presentaron infección posoperatoria inmediata.

De los 12 pacientes, 8 eran de sexo masculino; las edades estaban comprendidas entre 40 y 82 años, con una media de 65 años. Seis pacientes no toleraban decúbito ventral por más de 15 minutos; 10 pacientes cursaban con síndrome depresivo; 8 pacientes se negaron a otro procedimiento quirúrgico.

En todos los casos se realizaron toiletes quirúrgicas y cierre de la herida a través de cura húmeda hasta su resolución. Se entiende por "cura húmeda" el sistema de curación que establece un microclima en la zona de la injuria, efectuando una cámara que le ofrece a dicha zona un medio húmedo que crea las condiciones óptimas para el cierre de la herida.

Se realiza una propuesta de tratamiento interdisciplinario efectivo que incluye el manejo por parte del Servicio de Infectología, por tratarse de una emergencia infectológica; el equipo quirúrgico que realizó la artrodesis, ya sea Ortopedia o Neurocirugía, para verificar y realizar el seguimiento de estabilidad de la columna; el especialista en diagnóstico por imágenes para descartar compromiso peridural o intradural; el equipo de manejo de dolor; apoyo psicoterapéutico; y el planteo de un protocolo efectivo para el cierre de la herida por parte del cirujano plástico.

Planteo infectológico

La infección local genera una película (slime) entre la prótesis y el hueso (Foto 1) que impide en mayor o menor grado la llegada del antibiótico hacia ese lugar y en algunos casos provoca, según el agente etiológico, movilidad de la prótesis; éste es el único motivo por el cual debe pensarse seriamente en su remoción.

El *Staphylococcus* meticilino resistente (SMR) es el que genera la película más densa e inestabilizadora.

En la mayoría de los casos se documentó etiología polimicrobiana. El principal agente etiológico fue el *Staphylococcus aureus* (74%), de los cuales 30% corresponde al grupo de los *Staphylococcus* meticilino resistentes (SMR). También se encontraron *Pseudomonas* sp, *Enterobacter faecalis* y *Staphylococcus epidermidis* como agentes secundarios en infecciones polimicrobianas (Gráfico 1).

Planteo del equipo quirúrgico (Ortopedia y/o Neurocirugía)

El objetivo es mantener el elemento protésico para no desestabilizar la columna hasta que se haya consolidado

Planteo del cirujano plástico (Fotos 2 a 7)

- Eliminar periódicamente todo tejido necrótico, desvitalizado y las secreciones, manteniendo una herida limpia.
- Remoción de suturas residuales y detritus.
- Cultivo por toma directa.
- Lavados profusos con solución salina (arrastre mecánico).
- Cura húmeda con apósitos de alginato de calcio y/o de carboximetilcelulosa, con el objetivo de controlar y reducir el exudado; el recambio se realiza inicialmente cada 48 horas, aumentando paulatinamente los intervalos.
- Aliviar la tensión de la herida a través de puntos paralesionales de Spadafora y evitar el apoyo de la zona afectada.
- Mantener este procedimiento hasta el cierre definitivo, no más allá de los 4-5 meses (ver en Fotos 8 a 18 los casos 1, 2 y 3).

Discusión (Gráfico 2)

¿Debe retirarse el elemento protésico de confirmarse osteomielitis?

La eliminación del elemento protésico genera una columna inestable, lo cual lleva al aumento del dolor y de los signos y síntomas deficitarios previos a la cirugía, e incluso a secuelas aún más severas a las condiciones iniciales del paciente. Por otro lado, al retirar el elemento protésico, se retrasa la rehabilitación mientras se esperan las condiciones óptimas para una nueva artrodesis.

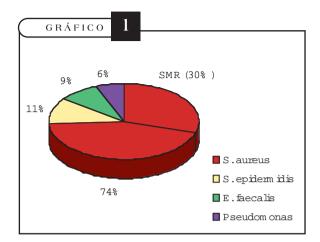
¿Debe efectuarse un colgajo muscular de vecindad para favorecer la detersión biológica?

El uso de colgajos musculares para cubrir el defecto secuelar prolonga la convalecencia en posición viciosa (no menos de 30 días en decúbito ventral) y lleva a un retraso irrecuperable de rehabilitación, hecho que en determinado tipo de pacientes es contraproducente; por otra parte, no todos lo pacientes son pasibles de este tipo de resolución.

Además, se debe tener en cuenta que generalmente el grupo etario en el que se realiza este tipo de cirugías,



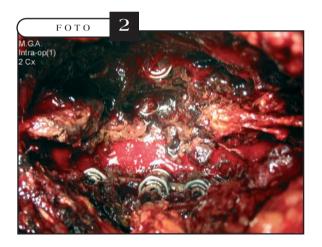
Aplicación de cura húmeda en infecciones por artrodesis instrumentada de columna lumbar



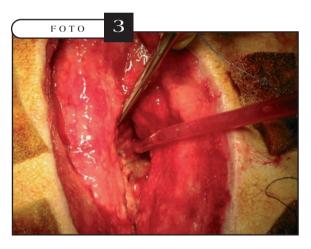
INFECCIÓN POLIMICROBIANA EN NUEVE PACIENTES (75%).



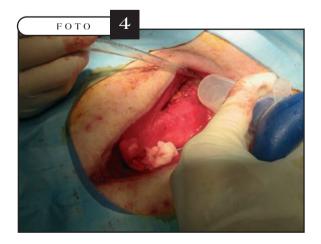
SLIME. PELÍCULA DE GLUCOPÉPTIDOS PRODUCIDA POR AGENTES GRAM POSITIVOS.



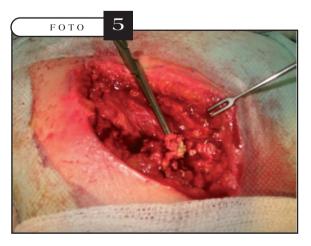
Prótesis expuesta.



ELIMINACIÓN DE TODO TEJIDO NECRÓTICO, DESVITALIZADO Y SECRECIONES MEDIANTE TOILETTE QUIRÚRGICA.



ARRASTRE MECÁNICO POR LAVADO.



Toma directa para cultivo.

Vol. XII Nº 4 - 2006



Aplicación de cura húmeda en infecciones por artrodesis instrumentada de columna lumbar



CURA HÚMEDA CON ALGINATO DE CALCIO E HIDROGEL.



LIBERACIÓN DE TENSIÓN.

Caso 1



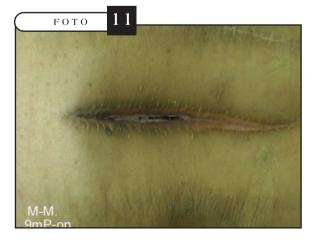
COLUMNA INESTABLE SECUELAR.



Postoilette.



ÎNFECCIÓN DE LA ARTRODESIS IMPLEMENTADA.



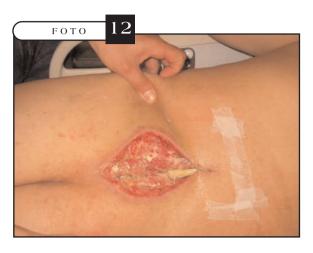
Tres meses del posoperatorio.

Vol. XII Nº 4 - 2006



Aplicación de cura húmeda en infecciones por artrodesis instrumentada de columna lumbar

Caso 2



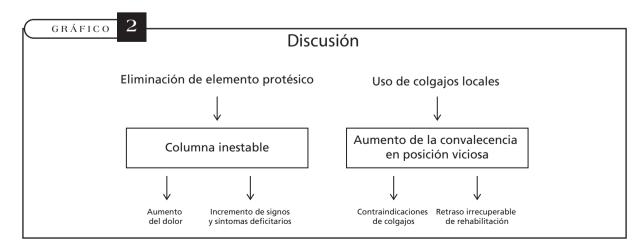


CINCO DÍAS DEL POSOPERATORIO.

TREINTA DÍAS DEL POSOPERATORIO.



TRES MESES Y MEDIO DEL POSOPERATORIO.



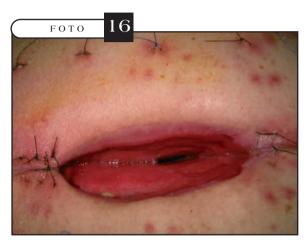


Aplicación de cura húmeda en infecciones por artrodesis instrumentada de columna lumbar

Caso 3



TRES DÍAS DEL POSOPERATORIO.



TREINTA DÍAS DEL POSOPERATORIO.



Treinta días del posoperatorio.



Tres meses y medio del posoperatorio.

así como las enfermedades de base concomitantes y la sintomatología neurológica marcada, contraindican los colgajos locales.

Conclusiones

• La infección local genera una película entre la prótesis y el hueso que impide en mayor o menor grado la llegada del antibiótico hacia ese lugar y en algunos casos produce movilidad de la prótesis.

- El único motivo por el cual debe pensarse en la remoción es la existencia de inestabilidad por movilidad en la prótesis.
- El SMR es el que genera una película más densa e inestabilizadora.
- La utilización de cura húmeda favorece la absorción de las secreciones, separando el exudado del fondo de la herida evitando la maceración y/o deshidratación
- Este método puede mantenerse hasta el cierre defi-



Aplicación de cura húmeda en infecciones por artrodesis instrumentada de columna lumbar

nitivo de la herida por ser de gran tolerancia y de fácil adaptabilidad a cada caso.

• Se puede iniciar la rehabilitación en forma precoz, ya

que se forma un tejido cicatrizal denso capaz de proteger la columna y el aparato protésico sin recidivas del cuadro infeccioso.

Bibliografía

- Bose B. Delayed infection after instrumented spine surgery: case reports and review of the literature. Spine J 2003;3(5):394-399.
- Dumanian GA, Ondra SL, Liu J, Schafer MF, Chao JD. Muscle flap salvage of spine wounds with soft tissue defects or infection. Spine 28(11):1203-1211.
- Frank CJ, Brantigan J, Cronan J. Bilateral interconnected latissimus dorsi-gluteus maximus muscular cutaneous flaps for closure of subfascial infections in lumbar spinal surgery: a technical note. Spine 1997;22(5):564-567.
- Hodges SD, Humphreys SC, Eck JC, Covington LA, Kurzynske NG. Low postoperative infection rates with instrumented lumbar fusion. South Med J 1998;91(12):1132-1136.
- Hadjipavlou AG, Gaitanis IN, Papadopoulos CA, Katonis PG, Kontakis G. Serratia spondylodiscitis after elective lumbar spine surgery: a report of two cases. Spine 2002;27(23):507-512.
- 6. Hadjipavlou AG, Mader JT, Necessary JT, Muffoletto AJ. Hematoge-

- nous pyogenic spinal infections and their surgical management. Spine 2000;25(13):1668-1679.
- 7. Klekamp J, Spengler DM, McNamara MJ, Haas DW. Risk factors associated with methicillin-resistant staphylococcal wound infection after spinal surgery. J Spinal Disord 1999;12(3):187-191.
- Rath SA, Neff U, Schneider O, Richter HP. Neurosurgical management of thoracic and lumbar vertebral osteomyelitis and discitis in adults: a review of 43 consecutive surgically treated patients. Neurosurgery 1996;38(5):926-933.
- 9. Rimoldi RL, Haye W. The use of antibiotics for wound prophylaxis in spinal surgery. Orthop Clin North Am 1996;27(1):47-52.
- Theiss SM, Lonstein JE. Winter RB. Wound infections in reconstructive spine surgery. Orthop Clin North Am 1996;27(1):105-10.
- Weinstein MA, McCabe JP, Cammisa FP Jr. Postoperative spinal wound infection: a review of 2,391 consecutive index procedures. J Spinal Disord 2000;13(5):422-426.



Lipoabdominoplastia. Experiencia con la técnica de Avelar-Saldanha

Eduardo E. Marchioni*, Juan Stojanoff**

- *Cirujano Plástico Recertificado. Cirujano de Planta Permanente, Sección Cirugía Plástica Hospital "I. Pirovano" (GCBA). Miembro Titular SACPER y SCPBA. Fellow del American College of Surgeons.
- **Cirujano Plástico. Práctica Privada en S.M. de Tucumán. Miembro Titular Sociedad de Cirugía Plástica de Tucumán.

Trabajo presentado en el XXXV Congreso Argentino de Cirugía Plástica

Correspondencia: Dr. Eduardo Marchioni, Av. Cabildo 1257 4° D, Ciudad Autónoma de Buenos Aires. E-mail: emarchioni@intramed.net.ar

Resumen

Introducción. Los métodos de tratamiento de las deformidades estéticas del abdomen han ido cambiando y refinándose con el tiempo. La introducción de la liposucción fue uno de los hechos revolucionarios en este sentido. Con el transcurrir de los años y la mejora en entrenamiento, los cirujanos ampliaron sus usos e indicaciones. Los cirujanos brasileños J. Avelar y O. Saldaña aportaron la "lipoabdominoplastia", técnica destinada a mejorar los resultados en abdomen.

Material y métodos. Se describen las experiencias con un grupo de pacientes de la práctica privada intervenidos en dos ciudades diferentes por dos cirujanos, utilizando la técnica de lipoabdominoplastia (n = 18)

Resultados. Los pacientes fueron seleccionados y clasificados con criterios uniformes y se operaron entre junio 2004 a octubre 2005. Los resultados fueron satisfactorios, con un porcentaje de complicaciones bajo (2 seromas en 18: 11%); se subraya el poco tiempo transcurrido para tener opiniones de mayor validez científica. Se describen los principios de los autores y la técnica empleada para todos los casos.

Summary

Background. The surgical treatment of the aesthetic deformities of the abdominal area have been changing and improving in the last years. We believe that liposuction is one of the most revolutionary techniques in this matter, and after enhancing training and expertise, sur-

geons have augmented their uses and indications. Dr. Osvaldo Saldanha from Brasil has introduced a technique called "Lipoabdominoplasty" which is the basis of the work we have done and that experience is presented here.

Mat & Methods. We describe the experience with a group of patients from private practice in two different cities, operated with this technique (n = 18).

Results. All patients were chosen and classified according to common criteria following a classification by Alan Matarasso. They were intervened between June 2004 and October 2005.

The outcome were very satisfactory with a low incidence of complications (2 seromas in 18 cases - 11%) though we believe we need more time and patients to have a better supported scientific opinion. We describe the author's original technique, and our personal experience with its use.

Introducción

Los procedimientos de abdominoplastia han sido refinados en los últimos años. Lo que antes conformaba un grosero método de remoción del panículo adiposocutáneo del abdomen, se fue transformando poco a poco en un método de escultura y mejoramiento del contorno corporal.

Sin duda, la introducción de la liposucción revolucionó el tratamiento del contorno corporal, incorporando con el tiempo y el entrenamiento diferentes áreas que en un



Lipoabdominoplastia. Experiencia con la técnica de Avelar-Saldanha

principio se dejaban de lado fundamentalmente por las potenciales complicaciones. Posteriormente, la introducción de la técnica tumescente, la disminución en el diámetro de las cánulas y la liposucción superficial brindaron mayores y mejores resultados.

En los primeros meses de 2004, el Dr. Saldanha realizó una presentación para los cirujanos plásticos argentinos y mostró la técnica y los resultados obtenidos por los colegas de Brasil mediante la utilización de lo que él denomina "lipoabdominoplastia".

Consideramos que esta técnica, basada en sus conceptos anatómicos y quirúrgicos y los del Dr. Juárez Avelar, tambien brasileño y cuyas publicaciones habíamos visto hace ya tiempo, es un gran aporte para el manejo de la cirugía de la pared abdominal.

En nuestra práctica habitual es de uso común la liposucción de abdomen, y estamos muy conformes con los resultados; por esta razón nos pareció más que interesante comenzar a utilizar la lipoabdominoplastia.

Material y métodos

El presente trabajo se llevó a cabo entre dos cirujanos plásticos, uno del interior de nuestro país y uno de Buenos Aires, exclusivamente con pacientes del ámbito privado, desde el mes de junio de 2004 hasta octubre del 2005. Reunimos así un número de 18 pacientes operados con la misma técnica y criterios, los que junto a la revisión bibliográfica de rigor nos animaron a la presentación de nuestra experiencia. La presentación del trabajo en el Congreso Argentino de abril de 2005 se hizo con un número menor de pacientes.

Para uniformar criterios, utilizamos para la selección de los pacientes la clasificación propuesta por Alan Matarasso adaptada a la utilización de la lipoabdominoplastia, la que reproducimos en la Tabla 1.

Los pacientes operados eran de los tipos III y IV con variaciones individuales en su contextura y peso.

Los conceptos de Juarez Avelar que rigen la utilización de la lipoabdominoplastia son enunciados por el autor como principios quirúrgicos y son los siguientes:

1º Los vasos perforantes están localizados en la proyección de los músculos rectos del abdomen y son preservados. Esto obedece a los estudios de anatomía y disección del abdomen, publicados en 1989.

2° Las arterias perforantes, las venas y linfáticos trabajan como múltiples pedículos del panículo abdominal.

3° Preservación de la *fascia superficialis*, que es la base anatómica y funcional de la circulación del panículo después de la cirugía.

4° La resección cutánea del área que representa un exceso de piel debe ser hecho a espesor total.

5° Se realiza una liposucción en todo el espesor del panículo (áreas areolar y lamelar) en el área que contiene el exceso de piel. Con esto se crea un área deprimida previa a la excisión (Fotos 1, 2 y 3).

6° Se realiza una liposucción de la capa profunda (área lamelar) en la zona que no fue hecha resección de piel ni despegamiento.

7° En el área donde no se hacen resecciones de piel, el panículo adiposo restante queda constituido por la capa superficial (capa areolar). La sutura de la herida quirúrgica se hace en tres planos: la fascia superficialis, la subdermis y la dermis del colgajo superior al inferior. 8° Los linfáticos alrededor de las venas y arterias perforantes son preservados, con lo que se mantiene la circulación linfática del panículo abdominal después de la cirugía. Al no haber despegamiento, los nervios del abdomen son preservados, manteniendo buena sensibi-

TABLA

1

Clasificación de abdominolipoplastia

Categoría	Piel	Grasa	Músculo/Fascias	Tratamiento
Tipo I	Laxitud mínima	Variable	Flaccidez mínima	Liposucción
Tipo II	Laxitud suave	Variable	Flaccidez suave	Miniabdominoplastia
Tipo III	Laxitud moderada	Variable	Flaccidez moderada inferior y/o superior	Abdominoplastia modificada
Tipo IV	Laxitud severa	Variable	Flaccidez significativa	Abdominoplastia estándar con o sin liposucción



Lipoabdominoplastia. Experiencia con la técnica de Avelar-Saldanha

lidad cutánea después de la cirugía.

En resumen, los ítems más importantes son:

El abordaje es abdominal inferior (Grazer, Callia, Pitanguy modificada, etc) de EIAS a EIAS, alojando la incisión a 3 traveses de dedo del extremo superior de la horquilla, liposucción completa en los dos planos del colgajo abdominal inferior, área a resecar; liposucción solo en el plano profundo del colgajo abdominal superior; resección de piel dejando bastante tejido adiposo adherido a la aponeurosis; descenso del colgajo superior y exteriorización del ombligo en su nueva ubicación (incisión estrellada, medialuna o en V según preferencia del cirujano); sutura en tres planos.

Estos son los conceptos básicos que guían al cirujano para llevar a cabo una lipoabdominoplastia. Coinciden con los conceptos de Matarasso, sobre todo en lo atinente a utilizar el máximo de liposucción y el mínimo de despegamiento cutáneo que sean posibles.

Discusión

El tratamiento quirúrgico de las afecciones abdominales mediante la lipoabdominoplastia requiere prestar la debida atención a las siguientes indicaciones:

- Evaluar la capa de tejidos blandos de acuerdo con la clasificación de abdominolipoplastia.
- Definir los deseos del paciente y determinar un plan.
- Considerar luego las alternativas potencialmente menos agresivas que adecuen las metas del paciente con las ideas del cirujano.
- Clasificar el paciente (Tipo I, II, etc.).
- Evaluar los factores de riesgo presentes.
- Utilizar un máximo de liposucción y un mínimo de despegamiento.
- Tratar de reconciliar la tensión de los colgajos, el despegamiento y la liposucción.
- Incorporar la tecnología que se conozca y use mejor (tumescencia, liposucción ultrasónica).
- Poder reconocer tempranamente las complicaciones más comunes para evitarlas, diagnosticarlas o tratarlas de inmediato.

Pensamos que uno de los conceptos fundamentales es la ausencia o el poco despegamiento quirúrgico del colgajo abdominal. La disección del colgajo inferior se lleva a cabo un poco más arriba del plano habitual de decolamiento que despega totalmente el tejido adiposo de la aponeurosis abdominal (Foto 4). Así se mantiene una cantidad de tejido que sostiene el concepto de la preservación linfática. De todas formas, el despegamiento

para reforzar la pared abdominal en casos de flaccidez puede hacerse sin problemas e inclusive puede despegarse el área epigástrica para reforzar esa zona, pero sin utilizar instrumental cortante, sino romo, como las mismas cánulas o valvas, para sostener el concepto de mantener los pedículos indemnes. Esto debe ajustarse a cada caso en particular (Fotos 5, 6 y 7).

Nosotros utilizamos en todos los casos anestesia general y tumescencia, de 2000 a 4000 cc de la solución de Klein modificada, usando cada 2 litros de solución salina, 100 ml de lidocaína y 2 ampollas de epinefrina; como están bajo anestesia general, no agregamos bicarbonato ni ningún tipo de difusor tisular (hialuronidasa etc.). Liposucción con cánulas de 4 a 6 mm con bomba de aspiración regulando la potencia de succión entre 1/2 y una atmósfera.

Los resultados han sido satisfactorios hasta la fecha y en este grupo de 18 pacientes solamente hemos tenido 2 seromas. En ambos casos se trató de pacientes que viven fuera del país y se retiraron entre 20 y 30 días después de su intervención, con lo cual es difícil controlar los cuidados postoperatorios que tuvieron, a pesar de haber sido advertidas de la posibilidad. Se manejaron por correo electrónico y telefónicamente, confirmándose la presencia de los seromas en el sector inferior, por ecografía, manteniéndose una conducta expectante para solicitar o no la punción de los mismos por otro profesional. Dado el volumen pequeño de los seromas, ambos inferiores a 50 cc se dejaron librados a la absorción natural.

El tiempo transcurrido es poco para la evaluación de las cicatrices, las que se han comportado de una manera normal hasta ahora.

Solicitamos siempre el uso de faja compresiva obligada durante los primeros 30 días y durante la noche, para dormir, en el segundo mes.

Encontramos la técnica particularmente beneficiosa para aquellos pacientes con exceso de peso y abdomen prominente, en los cuales los despegamientos amplios nos colocaban ante la posibilidad segura de seromas y hasta necrosis parciales (Fotos 8 a 15). La liposucción previa, al provocar el adelgazamiento importante de los colgajos mejora en gran forma su manipulación y nos permite evitar la tensión en el descenso y sutura posterior Nos sorprendió a veces la facilidad de descenso del colgajo superior hasta el área pubiana, sin necesidad de quebrar la mesa de cirugía y ascender los miembros inferiores. Dicho sea de paso, esta maniobra, a veces muy resistida por algunos cirujanos, es de uso mas que común entre los colegas brasileños y realmente es de gran ayuda cuando la evaluación intraoperatoria nos



Lipoabdominoplastia. Experiencia con la técnica de Avelar-Saldanha

hace temer que la tensión aplicada al cierre sea demasiada. El paulatino descenso el edema postoperatorio en los días subsiguientes a la intervención va restándole importancia a la molestia inicial. Siempre advertimos en la entrevista preoperatoria a nuestras pacientes sobre la posibilidad de encontrarse al despertar con sus miembros inferiores ascendidos, sostenidos por una almohada, explicamos su función, y no hemos encontrado rechazo de parte de las pacientes (Fotos 16 a 23) (Fotos 24 y 25).

Pensamos que la técnica es muy interesante y vale la pena de ser probada, en especial si el cirujano posee buena experiencia con la liposucción abdominal.

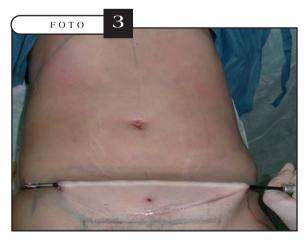
Aspectos introperatorios de la técnica (Fotos 1 a 7).



CÁNULA EN COLGAJO ASPIRADO.



CÁNULA ATRAVESANDO COLGAJO LIPOASPIRADO.



CÁNULA LADO A LADO.



ÁREA DESPEGADA PREVIAMENTE LIPOASPIRADA.



Lipoabdominoplastia. Experiencia con la técnica de Avelar-Saldanha





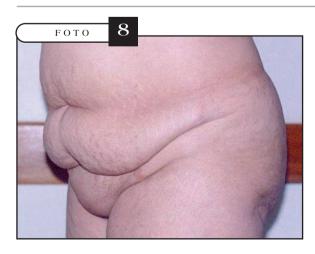
COLGAJO: RESECCIÓN DE PIEL.

COLGAJO: PIEZA DE RESECCIÓN CUTÁNEA.



RESECCIÓN SEMILUNAR COMPLETADA.

Paciente 1. Discreta obesidad en diferentes tomas (Fotos 8 a 15).



ABDOMEN OAI, PREOPERATORIO.

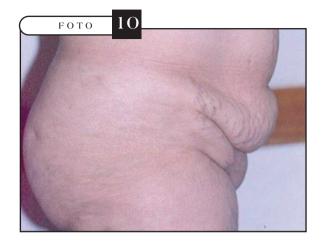


ABDOMEN OAI, POSOPERATORIO.

Vol. XII Nº 4 - 2006



Lipoabdominoplastia. Experiencia con la técnica de Avelar-Saldanha



ABDOMEN PERFIL, PREOPERATORIO.



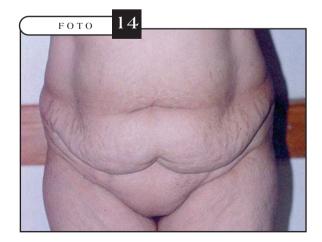
ABDOMEN PERFIL, POSOPERATORIO.



ABDOMEN DE ATRÁS, PREOPERATORIO.



ABDOMEN DE ATRÁS, POSOPERATORIO.



ABDOMEN FRENTE, PREOPERATORIO.



ABDOMEN FRENTE, POSOPERATORIO.

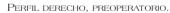
Vol. XII Nº 4 - 2006



Lipoabdominoplastia. Experiencia con la técnica de Avelar-Saldanha

Paciente 2. Diferentes tomas del peoperatorio y el posoperatorio (Fotos 16 a 23).







PERFIL DERECHO, POSOPERATORIO.



PERFIL IZQUIERDO, PREOPERATORIO.



PERFIL IZQUIERDO, POSOPERATORIO.



Lipoabdominoplastia. Experiencia con la técnica de Avelar-Saldanha



ABDOMEN OAI, PREOPERATORIO.



ABDOMEN OAI, POSOPERATORIO.

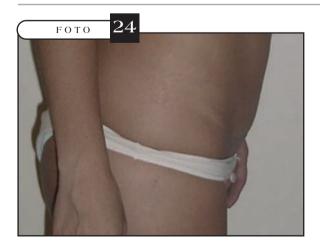


OAD, PREOPERATORIO.

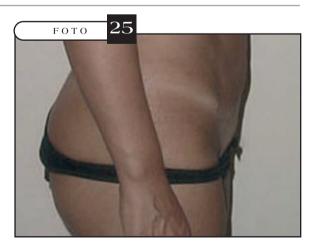


OAD, POSOPERATORIO.

Paciente 3. Tomas de perfil del peoperatorio y el posoperatorio.



PREOPERATORIO.



POSOPERATORIO.

Vol. XII Nº 4 - 2006



Lipoabdominoplastia. Experiencia con la técnica de Avelar-Saldanha

Bibliografía

- Avelar J. Regional distribution and behavior of the subcutaneous tissue concerning selection and indications for liposuction. Aesthetic Plast Surg 1989;13:155.
- Avelar J. Abdominoplasty: Systemization of a technique without external umbilical scar. Aesthetic Plast Surg 1978;2:141.
- Wilkinson TS, Swartz BS. Individual modifications in body contour surgery: the limited abdominoplasty. Plast Reconstr Surg 1986;77:779.
- Matarasso A. Abdominolipoplasty. Clin Plast Surg 1989;16:289.
- Matarasso A. Abdominolipoplasty: a system of classification and treatment for combined abdominoplasty and suction-assisted lipectomy. Aesthetic Plast Surg 1991;15:111.
- Saldanha OR, Souza Pinto EB, et al. Lipoabdominoplasty with selective and safe undermining. Aesthetic Plast Surg 2001;27:322.
- Saldanha OR, Souza Pinto EB, et al. Lipoabdominoplasty Saldanha's

- technique. Rev Soc Bras Cir Plast 1837,2003.
- Saldanha OR, Souza Pinto EB, Paolucci P. Lipoabdominoplastia. Técnica Saldanha. Rev Arg de Cirugía Plástica 2005;11(3):129.
- Matarasso A. Liposuction as an adjunct to full abdominoplasty. Plast Reconstr Surg 1995:95:829.
- Matarasso A. The anatomic data sheet in plastic surgery: graphic and accurate documentation for standardized evaluation of results. Plast Reconstr Surg 1993;91:734.
- Markman B, Barton FE. Anatomy of the subcutaneous tissue of the trunk and lower extremity. Plast Reconstr Surg 1987;80:248.
- Bozola AR, Psillakis JM. Abdominoplasty. A new concept and classification for treatment. Plast Reconstr Surg 1988;82:291.
- Klein JA. Tumescent technique for local anesthesia improves safety in large volume liposuction. Plast Reconstr Surg 1993;92:1085.



Comentario

Il Jornadas Nacionales Interdisciplinarias de Fisura Labio Naso Alvéolo Palatina

En Termas de Río Hondo, Santiago del Estero, se llevaron a cabo las "Il Jornadas Nacionales Interdisciplinarias de Fisura Labio Naso Alvéolo Palatina", durante los días 17 y 18 de noviembre de este año.

En el acto inaugural se contó con la presencia del Sr. Ministro de Salud de la Provincia de Santiago del Estero y el Intendente de la localidad, entre otras autoridades.

Hubo 165 inscriptos, entre los que se encontraban cirujanos plásticos, odontólogos, fonoaudiólogos, genetistas, anestesistas, psicólogos, asistentes sociales, etc.

El viernes 17 se reunieron los diferentes comités de las especialidades que forman parte del tratamiento de estos niños, se arribó a conclusiones y se elaboraron normativas de atención.

El sábado por la mañana se realizaron las presentaciones de los diferentes grupos interdisciplinarios de las distintas regiones del país. Por la tarde, los asistentes presentaron un total de 20 exposiciones de trabajos libres.

Durante los dos días de duración de las Jornadas, se vivieron

momentos de intercambio de ideas, proyectos y camaradería. Felicitamos al Comité Organizador local integrado por su Presidente, Dr. Carlos Madorrán; Vicepresidente, María Teresa Tenti de Volta; Secretaria, Lelia C. Crámaro; Tesorera, Nelly B. Centeno de Ortiz; Vocales, Carolina G. de Giraudo, Nancy del Valle Tomatis, Claudio M. Rojido, Marta G. Pece y Nilda Damián de Jerez, así como a la Federación Argentina de Colegios y Asociaciones de Fonoaudiólogos (FACAF), representada por las Dras. Rosa Dargoltz de Mondschein y Silvia Juri, y a los integrantes del Comité Organizador Nacional del Centro de Referencia y Contrarreferencia para el tratamiento del niño con fisura labiopalatina y anomalías asociadas - SACPER (Dres. Rodolfo Rojas, Susana Ruiz, Martha Mogliani, María A. Nagahama, Paulina Iwanyk, Carlos Sereday, Mirtha Moreno, Carlos Perroni, Mario Magrini, Dante Masedo, Miguel Corbella, Carlos Boggione y M. Cortínez Di Piazza) por la labor realizada y el éxito de estas II Jornadas.

Liposucción abdominal asistida con VASER

Agustín Alí, Diego Capponi, Fabio Uribe Pazos

Resumen

Se presenta nuestra experiencia con el ultrasonido de tercera generación para el tratamiento de adiposidades de la región abdominal. Los resultados obtenidos nos mostraron un cambio en el concepto de la lipoplastia en cuanto a los beneficios del posoperatorio así como de los resultados finales; éstos dependerán de cada médico en particular y de su curva de aprendizaje, ya que se requiere un grado de entrenamiento en ésta técnica.

Palabra clave: VASER

Summary

Our experience with the third generation ultrasound for the adiposities in the abdominal region is presented. The obtained results have shown us a chance in the liposculpture concept regarding the post operation benefits and also in the final results; these will depend on each particular medical doctor and their learning curve, since a grade of training is required for this technique.

Introducción

La liposucción es un procedimiento muy conocido en la práctica de nuestra especialidad. La aparición de nuevas tecnologías para la realización de esta operación obliga a realizar una revisión continua del método para lograr mejores resultados.

En nuestra experiencia podemos concluir que si bien el método puede ser utilizado en cualquier zona del cuerpo que presente adiposidades localizadas, no podemos esperar obtener el mismo resultado en las diferentes áreas tratadas; éste, como sabemos, dependerá del grado de flaccidez y de la posibilidad de retracción de la piel. Las zonas más difíciles de tratar con este procedimiento son el abdomen, la cara interna del muslo y los brazos.

En esta oportunidad nos vamos a referir al tratamiento del abdomen superior e inferior utilizando la liposucción asistida con ultrasonido de tercera generación (VASER).

Material y método

Se trataron 14 pacientes en el transcurso de 6 meses, 11 de sexo femenino; se seleccionó para este trabajo sólo el tratamiento de la región abdominal. Se realizó el seguimiento de la evolución de los pacientes con el control fotográfico a los 30 días.

Se utilizó el ultrasonido de tercera generación (VASER). Este aparato genera ultrasonido a 36 kHz con solo 6 W de potencia, lo que se traduce en poder hacer vibrar una cánula de titanio a muy baja potencia optimizando su eficiencia. Las ventajas son: no generación de calor en exceso, disminución del trauma, menor posibilidad de quemaduras y ausencia de seromas.

La particularidad de las cánulas de titanio del ultrasonido son sus anillos que van de 0 a 3 diferenciando la dirección de la energía, ya sea en dirección anterior como hacia los laterales.

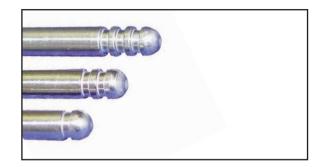
Las cánulas de aspiración (VENTX) presentan en su diseño pequeños orificios en el mango, lo que produce un efecto Venturi que favorece la velocidad del flujo aéreo a lo largo de la cánula, disminuye la presión negativa en la punta de la cánula y ocasiona menor daño tisular. Los orificios del extremo distal presentan un diámetro cuya sumatoria no sobrepasa el doble del lumen de la cánula, ya que esto también generaría mayor daño tisular.

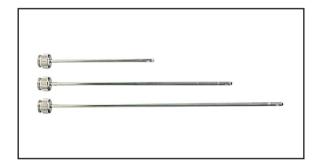
Las zonas tratadas con este procedimiento fueron el abdomen superior e inferior en pacientes que considerábamos límite para la indicación de una mínima resección de piel.

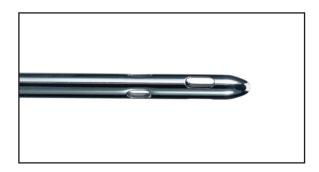
Los procedimientos fueron ambulatorios, realizados bajo anestesia local tumescente y neuroleptoanalgesia. La infiltración debe mantener una relación entre el volumen administrado y el tiempo de utilización del



TABLA	1	
Cánula	% frente	% lado
3.7 / 0	100	0
3.7 / 1	65	35
3.7 / 2	55	45
3.7 / 3	42	58







ultrasonido, para poder obtener la emulsificación del la grasa a extraer. Luego de la liposucción se efectúo la compresión de la zona tratada durante un mes con una faja tubular a la que adosamos poliuretano para optimizar la retracción pareja de la piel. De todos los pacientes operados, podemos decir que no se registraron complicaciones en el procedimiento de la liposucción.

para los cirujanos plásticos.

Conclusión

La liposucción de la región abdominal es aún un desafío

Este trabajo permite concluir que, si bien el método es operador dependiente, la introducción del ultrasonido de tercera generación en nuestra práctica nos ha brindado mayores beneficios en cuanto a mejor retracción de la piel, disminución de los hematomas y menor dolor posoperatorio, lo cual constituye mejoría en el resultado final. Igualmente aconsejamos la introducción paulatina de esta tecnología en el procedimiento, ya que la curva de aprendizaje es un factor muy importante para disminuir las complicaciones y optimizar los resultados.



PACIENTE 1 FRENTE (PREOPERATORIO)



PACIENTE 1 FRENTE (POSOPERATORIO)





PACIENTE 1 3/4 PERFIL (PREOPERATORIO)



PACIENTE 1 3/4 PERFIL (POSOPERATORIO)



PACIENTE 1 PERFIL (PREOPERATORIO)



PACIENTE 1 PERFIL (POSOPERATORIO)

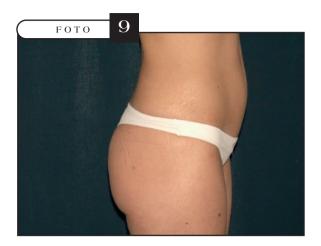


PACIENTE 2 (PREOPERATORIO)



PACIENTE 2 (POSOPERATORIO)

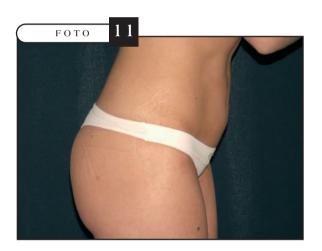




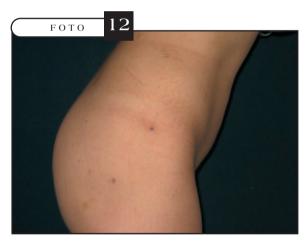
PACIENTE 3 (PREOPERATORIO)



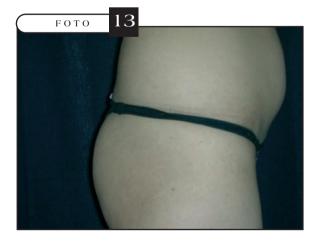
PACIENTE 3 (POSOPERATORIO)



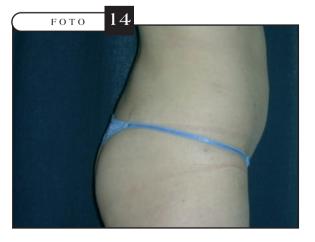
PACIENTE 3A (PREOPERATORIO)



PACIENTE 3A (POSOPERATORIO)

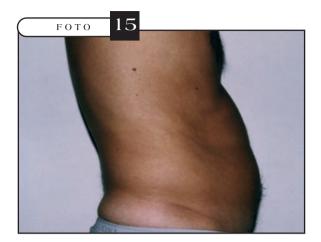


PACIENTE 4 (PREOPERATORIO)



PACIENTE 4 (POSOPERATORIO)

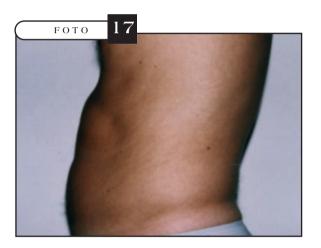




PACIENTE 5D (PREOPERATORIO)



PACIENTE 5D (POSOPERATORIO)



PACIENTE 51 (PREOPERATORIO)



PACIENTE 5I (POSOPERATORIO)

Bibliografía

- Illouz YG. Body contouring by lipoplasty. Plast Reconstr Surg 1983;72:591-597.
- Mensh R, Lillis PJ. Liposuction: the tumescent technique. Dermatol Nurse 1991;3:225-260.
- Fodor PB, Watson J. Personal experience with ultrasound Assisted lipoplasty: a pilot study comparing ultrasound assisted lipoplasty with traditional lipoplasty. Plast Reconstr Surg 1998;101:1103-
- 1116
- Jewell ML, Fodor PB, De Souza Pinto EB, Al Shammari MA. Clinical application of VASER-assisted lipoplasty: A pilot clinical study. Aesthetic Surgery Journal 2002;22(2):131-146.
- Cimino WW. Ultrasonic surgery: power quantification and efficiency optimization. Aesthetic Surgery Journal 2001;21(3):233-241.



A propósito de un caso: resolución de complicación quirúrgica secundaria a artroplastia temporomandibular

Miguel A. Floria, M. Emilia Mancebo Grab

Sesión científica de la Sociedad de Cirugía Plástica de Buenos Aires Mención trabajo Cirujanos Plásticos Junior 2006.

Resumen

En el tratamiento de anquilosis temporomandibular, la cirugía de liberación articular denominada artroplastia temporomandibular (osteotomía del block anquilótico e interposición de fascia temporal) presenta como complicación técnica la posibilidad de lesionar el paquete vascular ubicado en la escotadura coronoidea. Siendo infrecuente este tipo de lesión, hay que tener en cuenta su resolución. El desgarro o pseudoaneurisma de la arteria maxilar interna debe ser resuelto siempre, si es posible por vía intrarterial con intervencionismo.

Considerando este caso puntualmente y las causas que determinaron proceder a ligar la arteria carótida externa, se concluye que hay mérito para el seguimiento a largo plazo, más allá del éxito en el tratamiento de la anguilosis.

Summary

In the treatment of Temporomandibular Anchylosis, the surgery of articular liberation: temporomandibular arthroplasty (osteotomy of the anchylotic block and interposition of temporal fascia) presents as a technical complication the possibility of injuring the vascular bundle located in the mandibular notch. As this type of injury is infrequent, it is necessary to bear in mind its resolution. The tear or pseuoaneurisma of the maxillary internal artery must always be resolved, via intrarterial with interventionism whenever possible. Considering this particular case and the causes that determined the procedure to tie the carotid external artery, this deserves a long term monitoring; regardless of the success in the treatment of the Anchylosis.

Caso clínico

Paciente de 14 años de edad, con los siguientes antecedentes:

- -Gastrosquisis (1er día de vida).
- -Retraso madurativo secundario a hipoxia perinatal y falta de estimulación por ARS.
- -Polimalformado: cariotipo 46 XY.
- -Onfalocele.
- -Criptorquidia bilateral.
- -Hipertrofia aritenoidea (oxígeno dependiente por 3 años), traqueostomizado (05/91); displasia broncopulmonar.
- -Anguilosis temporomandibular izquierda.
- -Epilepsia focal sintomática secundaria a secuela de encefalomalacia occipital diagnosticada por TAC de cerebro, EEG y angioRMN, tratado con ácido valproico.

Objetivos

- 1. Describir una complicación operatoria de la artroplastia temporomandibular poco frecuente
- 2. Evaluar posibles soluciones del problema.
- 3. Comparar las ventajas y desventajas de dos procedimientos: ligadura arterial vs. embolización intraraterial

Materiales y métodos

Se estudió un paciente derivado al Servicio de Cirugía Plástica y Quemados en abril de 1994 con diagnóstico de ATM Izquierda, asociado a síndrome genético cariotipo 46 XY.



A propósito de un caso: resolución de complicación quirúrgica secundaria a artroplastia temporomandibular

Se analizaron las siguientes variables de estudio:

- 1. Edad
- 2. Sexo
- 3. Tipo de ATM
- 4. Técnica quirúrgica
- 5. Seguimiento clínico-radiológico (pre y posoperatorio)
- 6. Tiempo de posoperatorio
- 7. Procedimientos diagnósticos secundarios a complicación
- 8. Opciones para resolución del problema

Presentación de un caso

Ingresa al estudio paciente con diagnóstico de anquilosis temporomandibular (ATM) izquierda, derivado del Servicio de Endoscopia Respiratoria.

Clinicamente presentaba limitación en la apertura bucal, signo de Murphy (+), asimetría facial.

Estudios realizados

- Rx panorámica: MHF lzg. Prusansky IIA, Murphy (+).
- -TAC (18/03/04): se identifica block anquilótico izquier-do

Antecedentes quirúrgicos (29/03/04): se realizó artroplastia temporomandibular izquierda, abordando la región preauricular con prolongación temporal mediante osteotomía y liberación de block anquilótico. En el intraoperatorio presentó sangrado intenso y se consideró compromiso de la arteria maxilar interna (es una lesión descripta en este tipo de cirugía). Se controló el sangrado mediante taponaje y se concluyó el procedimiento, interponiendo fascia temporal intróseo. Se dejó drenaje. La evolución fue:

- 1er día posoperatorio. Se realizó curación, se retiró drenaje y no presentó signos de sangrado.
- 2do día. Buena evolución, alta.
- 7mo día. Control: presenta zumbido auricular izquierdo, edema en región preauricular izquierda, frémito auscultable, leve sangrado a través de la herida.

Interpretación diagnóstica

La aparición de frémito en cuello con zumbidos como síntoma obligan a pensar en los siguientes diagnósticos: fístula arteriovenosa y pseudoaneurisma arterial.

Se interna para estudio (13/04/04): se realizó ecografía simple de región, que revela pseudoaneurisma arterial, edema y líquido perilesional izquierdo.

Se realiza ECO Doppler Color (15/04/04): informa pseu-

doaneurisma de arteria maxilar interna izquierda de 2 cm con vaso aferente de 3,3 mm.

Se evalúa en conjunto con hemodinamia (16/04/04); se realiza angiografía de vasos del cuello cateterizando la arteria carótida externa que demuestra pseudoaneurisma en tronco de arteria maxilar interna izquierda.

Ingresa al quirófano posterior al estudio vascular (16/04/04); con abordaje por la región cervical anterior izquierda, se identifica el nacimiento de arteria carótida primitiva hasta región occipital izquierda y se procede a reparar y ligar la arteria carótida externa izquierda.

En el control ecográfico realizado a los 10 días del posoperatorio se observa pseudoaneurisma en involución, sin flujo vascular.

Evolucionó favorablemente, con involución total de la sintomatología referida.

Discusión

- 1- Realización de ligadura vascular en cuello.
- 2- Embolización intraarterial: los pacientes jóvenes y en buen estado de salud responden bien a este procedimiento

Se puede usar anestesia local o general; el radiólogo ayudará a decidir cuál es la mejor para el caso

La gravedad de los síntomas es muy distinta entre los aneurismas rotos y los no rotos; el procedimiento puede durar de 30 minutos a 4 horas.

La embolización es una forma de ocluir (cerrar) uno o más vasos sanguíneos que están haciendo daño. Se pueden usar distintos materiales, según el tamaño de los vasos tratados y dependiendo de si la oclusión será temporal o permanente.

Se puede usar como tratamiento único o se puede combinar con otras opciones de tratamiento como la cirugía.

- El uso más común de la embolización transcatéter es el control del sangrado en una lesión.
- Permite ocluir los vasos sanguíneos que alimentan un tumor cuando éste no se puede extirpar o su extirpación es peligrosa
- Es una excelente manera de tratar las malformaciones arteriovenosas.
- Obstruye la arteria que suministra sangre a un aneurisma

Beneficios

- La embolización es una manera sumamente eficaz de controlar el sangrado, especialmente en emergencias.
- Se han informado tasas de éxito del 85% en todo el



A propósito de un caso: resolución de complicación quirúrgica secundaria a artroplastia temporomandibular

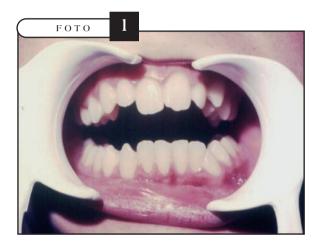
mundo en mujeres sometidas a la embolización de fibroides uterinos.

- La embolización es mucho menos invasiva que la cirugía abierta convencional, por lo que hay menos complicaciones y la estancia en el hospital es relativamente corta, a menudo sólo la noche después del procedimiento. Hay menos pérdida de sangre que con la cirugía tradicional, y no hay una incisión quirúrgica evidente.
- Este método se puede usar para tratar tumores y malformaciones vasculares que no se pueden extirpar con cirugía o que plantearían un grave riesgo si se intentaran operar.
- Cuando se usa embolización para tratar una malformación arteriovenosa intracraneal, la inyección de

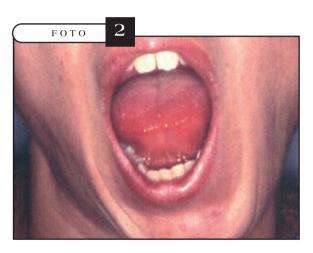
una pequeña cantidad de material reduce el riesgo de una disfunción cerebral grave.

Riesgos

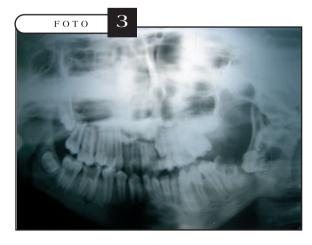
- Siempre existe la posibilidad de que el émbolo quede en un sitio incorrecto donde bloquea el suministro de oxígeno a un tejido normal; si esto ocurre durante el tratamiento de una malformación arteriovenosa del cerebro, podría ocurrir un derrame cerebral.
- Existe riesgo de infección después de la embolización aunque se hayan tomado antibióticos.
- Un pequeño porcentaje de mujeres sometidas a embolización de fibroides uterinos sufren lesión del útero, y esto podría hacer necesario extirpar todo el



APERTURA PREOPERATORIA.



APERTURA POSOPERATORIA.



RX PANORÁMICA.



TAC BLOC DE ANQUILOSIS.

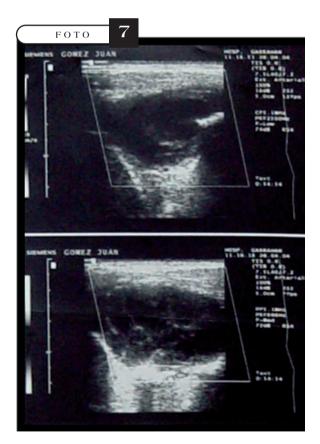


A propósito de un caso: resolución de complicación quirúrgica secundaria a artroplastia temporomandibular





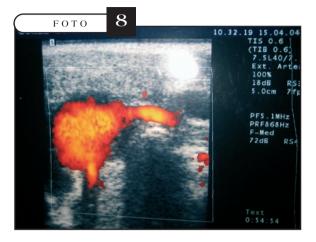
TAC. TAC ANQUILOSIS.



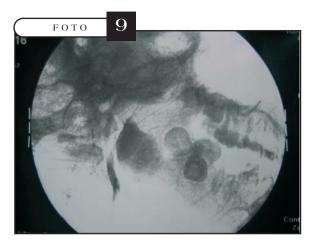
Ecografia.



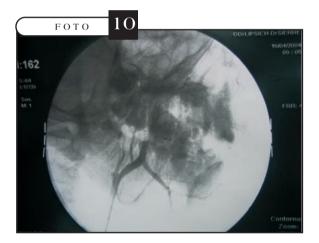
A propósito de un caso: resolución de complicación quirúrgica secundaria a artroplastia temporomandibular



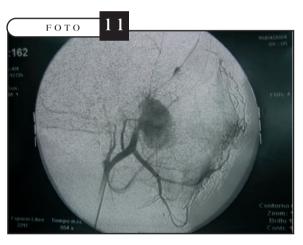
ECO DOPPLER.



Angiografía T1.



Angiografía T2.



Angiografía T3.

órgano. En algunos pocos casos en mujeres de más de 45 años, la menopausia comienza dentro de un año de la embolización de los fibroides. El efecto de la embolización de fibroides sobre la fertilidad no es claro; las mujeres que deseen mantener su fertilidad deben consultar cuidadosamente con el radiólogo de intervención antes de decidirse por la embolización.

 Debido a que la angiografía es parte del procedimiento, existe riesgo de una reacción alérgica al medio de contraste y de daño de los riñones en diabéticos o personas con enfermedad renal preexistente.

Limitaciones de la embolización transcatéter

La embolización técnicamente exitosa sin daño de los tejidos normales exige que el catéter se coloque en la posición precisa. Esto significa que la punta del catéter estará situada de forma que el material embólico se pueda depositar sólo en los vasos que alimentan el área afectada. En un pequeño porcentaje de casos, el procedimiento no es técnicamente posible porque el catéter no se puede colocar de forma correcta. El éxito clínico depende de muchos factores, como el tamaño del tumor, la ubicación de la malformación arteriovenosa y



A propósito de un caso: resolución de complicación quirúrgica secundaria a artroplastia temporomandibular

la opinión del paciente. Para aliviar los síntomas de una malformación arteriovenosa se pueden necesitar varias sesiones.

Conclusión

Frente a la complicación descripta en este tipo de cirugía de infrecuente presentación, se evaluó en con-

junto con Servicio de Hemodinamia, resolviéndose ligar la arteria carótida externa izquierda a nivel del cuello. La corta edad y el estado de salud del paciente, así como la posición y la forma o estructura del pseudoaneurisma y su relación con las estructuras circundantes normales, el tamaño del cuello del psudoaneurisma, el alto costo del seguimiento con radiografías, RMN o angiografía de cuello y etiología del pseudoaneurisma son algunos de los parámetros que se tuvieron presentes para tomar la resolución.

Bibliografía

- Radiological Society of North América.
- Otorrinol Esp 2002:53:297-301.

- Cl.Cx Pl.Vol. 22 n° 3 jul.1995.
- Angiología 2002;54(5):390-396.



Resolución de una complicación de herida grave de miembro inferior. A propósito de un caso

Laura Biragnet Bobbio*, Martín Colombo**, Rodrigo I. Ladera G.***, Eduardo Angheben***

- * Jefe de Servicio Cirugía Plástica Hospital Militar Central.
- ** Miembro SACPER
- *** Residentes Cirugía Plástica UCA

Sesión científica de la Sociedad de Cirugía Plástica de Buenos Aires

Mención trabajo Cirujanos Plásticos Junior 2006.

Resumen

Se presenta una sucesión de complicaciones, en el marco terapéutico de una lesión grave de miembro inferior. Se muestra la resolución de cada una de ellas, con la revaloración de la situación en los intervalos entre complicaciones.

Diferentes lesiones necesitan diferentes coberturas; estas necesidades deben ser solucionadas de la mejor forma posible más allá de su complejidad, y esto sólo se puede lograr manejando todas las variantes y técnicas de reconstrucción. Es también muy importante en el diseño del plan no alterar estructuras que podrían ser útiles, como rescate, en caso de no ser exitosa la opción implementada.

Creemos que el apoyo durante el plan terapéutico de técnicas complementarias, como la terapia VAC y la cámara hiperbárica, que en nuestro paciente fueron fundamentales, debe ser tenido en cuenta como una herramienta más para el manejo de esta patología.

Una de las características del protocolo de manejo interdisciplinario es el diálogo permanente entre los servicios de Traumatología y Cirugía Plástica, y éste es el elemento que permite flexibilizar la terapéutica frente a cada caso particular.

Palabras clave: herida grave, complicación, VAC, cámara hiperbárica.

Summary

We present a number of complications which we went through during the management of a severe open tibial fracture and the resolution of each one, once the problem appeared we open a new plan of deading with it. The multidisciplinary work with the orthopaedic service, allowed as to make the better choice of treatment such as the use of V.A.C., hyperbaric chamber and later on the flap use.

One of the characteristics in our management protocol is the constant dialog between the Plastic and the Orthopedic teams, these is a key element, which makes possible to change the treatment and adjust it to each case any time it is necessary.

Introducción

Se presenta el caso de un paciente con fractura expuesta de tibia y la terapéutica utilizada en nuestro servicio para afrontar esta patología.

Siguiendo el trabajo FIX + FLAP de Gopal S. et al., agregamos a éste la utilización del VAC, denominando a nuestro protocolo FIX - VAC - FLAP. FIX corresponde a la valoración inicial de la herida, su desbridamiento y la adecuada estabilización. La terapia VAC mejora las condiciones de la herida, hasta su cobertura definitiva, FLAP. Se mantiene esta conducta, para tratar cada una de las complicaciones que se presentan en el caso expuesto, siempre en forma interdisciplinaria y teniendo



Resolución de una complicación de herida grave de miembro inferior. A propósito de un caso

en cuenta un plan alternativo, evitando en la terapéutica que se pone en práctica lesionar otras opciones de tratamiento de segunda elección.

Caso clínico

Paciente de sexo masculino de 17 años, derivado de otro centro con diagnóstico de fractura expuesta de tibia derecha por accidente en la vía publica al ser embestido por un automóvil.

El paciente ingresa a la Guardia Médica con signos de compromiso hemodinámico (hipotenso, taquicárdico, pálido, sudoroso).

Después de ser estabilizado es llevado a quirófano, para valoración inicial conjunta entre Traumatología y Cirugía Plástica, donde se evidencia una herida de alta energía, con fractura expuesta de tibia, importante pérdida de sustancia, sección de arterias tibial anterior y peronea, con la arteria tibial posterior como único aporte vascular. La sensibilidad plantar se encontraba conservada. Se rotula como una fractura Gustillo III B¹ (Foto 1).

Se realiza adecuada toilette, colocación de tutor externo para estabilización de la fractura y aplicación de VAC con el cual el paciente regresa a su habitación (Foto 2). Dicho dispositivo se mantuvo por 48 horas, cuando el paciente es llevado a cirugía para "second look" y nueva toilette. Se completa desbridamiento y se recoloca el VAC, planeándose como cobertura definitiva un colgajo libre de latissimus dorsi muscular puro más injerto de piel (Foto 3). El procedimiento se llevó a cabo a los siete días del ingreso.

Con el objeto de realizar la anastomosis micro quirúrgica del colgajo lo más alejada posible de la zona de trauma, se utilizó un by pass de vena safena contra lateral, a los vasos suprapatelares, en forma termino lateral.

Al 4to. día posoperatorio se observaron en el colgajo signos de congestión que, pese a las medidas adoptadas para mejorar su dinámica vascular, culminó con la pérdida total del mismo. El colgajo fue resecado, colocándose VAC nuevamente sobre la herida.

Ante esta complicación, y con la exposición ósea existente, se decide intentar una nueva cobertura. Después de exponer las opciones a la familia, se decide no realizar una nueva opción micro quirúrgica, planeándose entonces un colgajo cross leg, pero con la variante de realizarlo con un colgajo sural para tener una posición de inmovilización más cómoda. Para esto, el servicio de Traumatología y Ortopedia debió reemplazar el tutor externo que estabilizaba la fractura por un clavo endomedular, ya que el tutor dificultaba la posición.

El colgajo fue levantado según técnica, y colocado sobre el hueso expuesto, realizándose la inmovilización con yeso que según el plan quirúrgico se mantendría por un período de 3 semanas (Foto 4).

Desafortunadamente, al tercer día, el colgajo evidencia una congestión y sufrimiento que termina en necrosis y que obliga a retirarlo.

Se estaba frente al segundo fracaso terapéutico y el abanico de posibilidades era más estrecho, ya que no había opciones locorregionales que lograran cubrir el defecto remanente. Se decide en conjunto entre traumatólogos, cirujanos plásticos y familiares dejar la posibilidad de un nuevo colgajo libre como última opción y entrar en un compás de espera para mejorar las condiciones de la herida, valorar la situación y encontrar la mejor opción para resolverla.

Se implementó entonces una terapéutica combinada de VAC y cámara hiperbárica, tratamiento éste que se extendió por 60 días. El paciente era introducido en la cámara hiperbárica, con la esponja de VAC colocada pero desconectada de la bomba como lo recomienda la empresa KCI fabricante de VAC. Las sesiones de cámara hiperbárica eran diarias. El VAC permanecía conectado 24 horas, con recambios cada 5 días.

Luego de este período, se logró un importante desarrollo de la granulación. La lesión se había nivelado y la exposición ósea que requería cobertura con tejido vascularizado era sustancialmente menor que la inicial y pasible de ser solucionada con un colgajo locorregional (Fotos 5 y 6).

Se planea y pone en práctica, previa verificación con Doppler de la permeabilidad del pediculo, un colgajo safeno pivotante que cubrió en forma satisfactoria la zona expuesta. El resto del defecto se cubrió con un injerto de piel parcial (Foto 7).

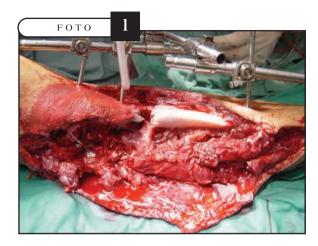
Se obtuvo finalmente una cobertura y cicatrización completas de toda la herida, y la adecuada consolidación de la fractura (Foto 8).

Discusión

En la actualidad es indiscutible que la cobertura de defectos de gran tamaño en el tercio inferior de la pierna, en virtud de la escasez de tejidos locales, requiere la utilización de colgajos microquirúrgicos. Son innumerables los trabajos que hacen referencia a esto. 1-8 Desde su descripción por Masquelet et al, 9,10 el colgajo sural ha permitido también solucionar defectos en esta área, pero con una superficie limitada. Las complicaciones asociadas con un cross leg y la posibilidad de realizar



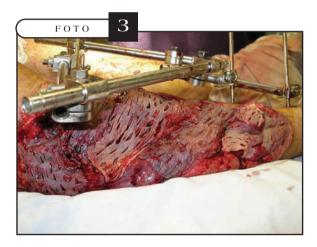
Resolución de una complicación de herida grave de miembro inferior. A propósito de un caso



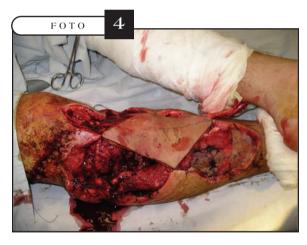
LESIÓN GRAVE DE MIEMBRO INFERIOR GUSTILO III B



Toilette Estabilización con tutor externo, FIX y colocación de sistema VAC.



COLGAJO LIBRE DORSAL ANCHO CON INJERTO DE PIEL PARCIAL.



COLGAJO SURAL CROSS LEG.



ASPECTO DE LA LESIÓN LUEGO DE 60 DÍAS DE TERAPÉUTICA COMBINADA VAC Y CÁMARA HIPERBARICA.



EXPOSICIÓN OSEA A RESOLVER.



Resolución de una complicación de herida grave de miembro inferior. A propósito de un caso



COLGAJO SAFENO PENINSULAR CUBRIENDO DEFECTO.



CONSOLIDACIÓN DE LA FRACTURA Y CICATRIZACIÓN DE LA HERIDA.

microcirugía en nuestro servicio descartan a este tipo de colgajo como primera opción.

El tamaño y tipo de defecto que presentaba nuestro paciente requería indiscutiblemente un colgajo muscular microquirúrgico de dorsal ancho. 11,12,13

La anastomosis se realizó alejándose de la zona de trauma, ya que está bien descripto que esto reduce la posibilidad de trombosis al evitar la utilización de vasos potencialmente dañados. ^{2,3,4,5} Para lograrlo fue necesario utilizar de un by pass de vena safena a los vasos suprapatelares. Existen a su vez publicaciones que muestran aumento de complicación en una anastomosis con by pass comparada con su no utilización. ¹⁴

No es habitual la pérdida del colgajo al 4to. día, y si bien se siguió el protocolo de control posoperatorio habitual (hidratación adecuada, control estricto de diuresis, dextran 40 como antiagregante, buena analgesia y adecuada temperatura) tuvimos esta complicación para la que no encontramos explicación precisa.

El segundo colgajo elegido, el colgajo sural cross leg a flujo reverso, opción válida demostrada también por numerosos trabajos, 15 fue nuestra segunda alternativa de cobertura, con un posoperatorio menos confortable para el paciente, pero de haber funcionado hubiera resuelto en gran parte el problema del hueso expuesto. Creemos que su pérdida fue consecuencia de la inadecuada inmovilización de las piernas, lo que produjo aumento de tensión en el pedículo. Este colgajo había sido utilizado previamente en nuestro servicio en tres oportunidades, siempre con excelentes resultados.

Posterior a estos dos fracasos, la decisión de preservar el miembro se sustentó en que (1) la sensibilidad plantar estaba conservada, (2) la edad del paciente (17 años) y (3) el servicio de Traumatología y Ortopedia consideraba que, de tener una apropiada cobertura, la fractura tenía un buen pronóstico.

Con respecto a la terapia combinada de VAC y cámara hiperbárica, en la literatura hay escasos trabajos sobre su eficacia, siendo la mayoría de las publicaciones informes de casos. 16-18

En nuestra experiencia, y en numerosas publicaciones, ¹⁹⁻ la utilización de cada uno de estos métodos por separado ha dado grandes resultados en la estimulación de la cicatrización, por lo que consideramos que su utilización en conjunto podía sumar beneficios.

En el caso aquí expuesto, la combinación de ambas técnicas tuvo excelente resultado. Se logró estimular la granulación, con mejoría de las características del lecho, su regularización y disminución de las dimensiones del área de hueso expuesto, haciéndolo, de esta forma, pasible de ser cubierto con un colgajo regional.

La utilización del colgajo safeno, ^{9,10,23} previa comprobación con Doppler de la presencia de la vena safena interna, demuestra la importancia de conocer todas las variantes en la utilización de colgajos. También demuestra la importancia de la comunicación entre cirujanos plásticos y traumatólogos, a quienes en este caso se solicitó evitar la colocación de material de osteosíntesis o realizar incisiones en áreas específicas, para preservar posibles colgajos futuros.

Se logró la cobertura completa y posteriormente la adecuada consolidación de la fractura. El paciente logró volver a su vida habitual, realizando inclusive todo tipo de actividad deportiva.



Resolución de una complicación de herida grave de miembro inferior. A propósito de un caso

Conclusión

El manejo interdisciplinario siguiendo un protocolo de adecuado desbridamiento, estabilización y temprana cobertura (FIX - VAC - FLAP) mejora las posibilidades de consolidación sin complicaciones.

Es fundamental para el cirujano plástico que se dedique a la reconstrucción de miembros conocer y realizar todas las variantes de colgajos, incluyendo los microquirúrgicos, y que conozca las técnicas complementarias no quirúrgicas, VAC, cámara hiperbárica, para que de esta manera se le ofrezca al paciente lo que se debe hacer y no lo que se puede.

Creemos también que en el trauma de miembro inferior la amputación siempre debe ser una opción que se debe manejar, y hay que saber cuándo poner fin a las reconstrucciones. Pero también hay que tener en cuenta que amputar el miembro inferior, en un país no preparado para el control social de estos pacientes, muchas veces es condenarlos.

Queremos recalcar que el único elemento constante en un procedimiento es la posibilidad de complicación, y es por esa razón que el plan quirúrgico debe contemplar la posibilidad de fracaso. Por lo tanto nuestros procedimientos deben evitar invalidar futuras alternativas.

Bibliografía

- Gustilo RB, Gruninger RP, Davis T. Classification of type III (severe) open fractures relative to treatment and results. Orthopedics 1987;10:1781-1788.
- 2. Gopal S, Majumder S, Batchelor AG, et al. Fix and flap: the radical orthopaedic and plastic treatment of severe open fractures of the tibia. J Bone Joint Surg [Br] 2000;82-B:959-966.
- Gopal S, Giannoudis PV, Murray A, Matthews SJ, Smith RM. The functional outcome of severe, open tibial fractures managed with early fixation and flap coverage. J Bone Joint Surg [Br] 2004;86-B:861-867.
- Byrd HS, Spicer TE, Cierny G III. Management of open tibial fractures. Plast Reconstr Surg 1985;76:719-730.
- British Orthopaedic Association. The management of skeletal trauma in the United Kingdom. London: British Orthopaedic Association, 1992.
- Gustilo RB, Merkow RL, Templeman D. Current Concepts Review: The Management of Open Fractures. J Bone Joint Surg 1990;72A:299-304.
- 7. Gustilo RB, Mendoza RM, Williams DN. Problems in the management of type III (severe) open fractures: a new classification of type III open fractures. J Trauma 1984;24:742-746.
- Yaremchuk MJ, Brumback RJ, Manson PN, et al. Acute and definitive management of traumatic osteocutaneus defects of the lower extremity. Plast Reconstr Surg 1987;80:1.
- Masquelet AC, Gilbert A. An Atlas of Flaps in limb reconstruction. London: The Livery House; 1995.
- 10. Berish Strauch, Han Liang Yu with Zhong Wei Chen, Ralph Liebling: Thieme; 1993.
- 11. Ptazakis MJ, Wilkins J. Factors influencing infection rate in open fractures wounds. Clin Orthop 1989;243:36-40.
- Harley BJ, Beaupre LA, Joness CA, Dulai SK, Weber DW. The effect of the time to definitive treatment on the rate of nonunion and infection in open fractures. J Orthop Trauma 2002;16:484-490.

- Gustilo RB, Anderson JT. Prevention of infection in the treatment of one thousand and twenty - five open fractures of long bones: retrospective and prospective analysis. J Bone Joint Surg (Am) 1976;58-A:453 -458.
- Pigni FI. Estudio comparativo entre cuatro técnicas de anastomosis microquirúrgica, en modelos de laboratorio. Revista Argentina de Cirugía Plástica 2005;11(1):31-36.
- 15. J Reconstr Microsurg 12:306 1996.36-Morris AM, Buchan AC: The place of the cross-leg flap in reconstructive surgery of the lower leg and foot: A review of 165 cases. Br J Plast Surg 1978;31:138.
- 16. Ross C, Otto G, Smith L, Fife C. The combined use of hyperbaric oxygen therapy and the negative pressure wound dressing (the "VAC") in limb threatening wounds, Presented at the 2003 Undersea and Hyperbaric Medical Society Meeting in Quebec City, Undersea and Hyperbaric Medicine (UHM) Vol 33, #2, supplement 2003 (in press).
- 17. Fabran TS, Kaufman HJ, et al. Annals Surgery 2000;66(12):1136-1143.
- 18. Siegl A, Schinder M. Internet Journal of Surgery -155 N 1528 824.
- 19. Fleischmann W, et al. Vacuum sealing as treatment of soft tissue damage in open fractures. Unfallchirurg 1993;96(9):488-492.
- Morykwas M, et al. Vacuum assisted closure: a method for wound control an treatment: animal studies and basic foundation. Ann Plast Surg 1997;38:553-562.
- Morykwas M, et al. Vacuum assisted closure: a new method for wound control and treatment: clinical experience. Ann Plast Surg 1997;38:563-577.
- 22. Morykwas MJ, Argenta LC. Nonsurgical modalities to enhance healing and care of soft tissue wounds. J South Orthop Assoc 1997;6(4):279-288.
- Erdmann MW, Court-Brown CM, Quaba AA. A five-years review of islanded distally based fasciocutaneous flaps on the lowerlimb.Br J Plast Surg 1997;50:421-427.



Antecedentes en cirugía plástica

Osvaldo Félix Sánchez*

*Profesor Adjunto de la Cátedra de Filosofía e Historia de la Medicina, Facultad de Medicina, Universidad Abierta Interamericana, Sede Regional Rosario.

Correspondencia: Osvaldo Félix Sánchez. E-mail: cursodetecnicoeviscerador@hotmail.com Tel: (0341) 4640651.

Marco Tulio Cicerón (106-43 a.C.), destacado escritor, político y orador romano, nacido en el seno de una familia acomodada, debe su trascendencia a la aportación que hizo a la divulgación de la filosofía y la creación de una terminología filosófica latina. En alguna oportunidad indicó que "la cara es el espejo del alma", al tiempo que afirmó que el rostro es la vía de comunicación más inmediata que posee el ser humano para ponerse en contacto con sus semejantes, y que refleja emociones, facultades mentales, la personalidad en suma.

Sushruta, nacido en la India, brindó a su país un "corpus" médico, empleado como manual por una escuela que lo tuvo como maestro. Este trabajo consta de más de novecientas páginas en las ediciones modernas. Sushruta concedió gran importancia a la medicina quirúrgica. Hace alrededor de cuatro mil años apareció en la India la rinoplastia, técnica quirúrgica generada por el castigo impuesto a los delincuentes, adúlteras y querreros derrotados, consistente en la mutilación de la nariz. El maestro Sushruta "reconstituía la nariz amputada o desfigurada con un colgajo de carne viva tomada de la región de la mejilla", procedimiento que aún se conoce bajo el nombre de "método indostánico, del colgajo o hindú". Además, los cirujanos indios concretaban trasplantes de piel y tejido de la región glútea para rellenar el vacío producido por la amputación de la nariz.

Aulo Cornelio Celso (fl. 14-37), nacido romano libre, tiene un sitial destacado entre los conocidos como "eruditos enciclopedistas romanos", corriente iniciada por Marco Terencio Varrón (116-27 a.C.), considerado por sus contemporáneos como el más sabio de los romanos. Celso escribió una obra llamada "De medicina" integrada por ocho libros. Esta formaba parte de

una gran enciclopedia general del saber. Justamente en esta obra el autor describió operaciones como la elevación de párpados. Además, hace arrancar el abolengo de la medicina desde Tales de Mileto, uno de los siete sabios de Grecia. Por otra parte, escribió lo siguiente con relación a las cualidades del cirujano óptimo:

"El cirujano ha de ser joven o, por lo menos, de no mucha edad; de mano fuerte, firme, que no le tiemble nunca; ha de servirse de la izquierda no menos que de la derecha; la vista, aguda y clara; valiente y también compasivo, pero de forma que no piense más que en curar a su enfermo, sin que los gritos de éste le induzcan a cumplir antes con su deber o a cortar menos de lo necesario, como tampoco a permanecer completamente indiferente a los lamentos".

La obra de Celso cayó en el olvido hasta que el interés renacentista por conocer lo clásico permitió que el Papa Nicolás I la descubriera. Por otra parte, Celso fue el primer autor médico cuya obra fue impresa en 1478, tras la aparición de la imprenta en Europa, con el agregado de los caracteres móviles metálicos por Gutenberg.

Otro médico de la Antigüedad clásica, Claudio Galeno (ca. 129 - ca. 200), nacido en Pérgamo, escritor prolífico, polemista incisivo, clínico original, menciona en una de sus obras algunas tentativas de subsanar labios leporinos.

De la época galénica nos remontamos a la cirugía italiana renacentista, que enriqueció diversos capítulos del quehacer quirúrgico, aunque con algunas singularidades. La cirugía plástica en determinadas regiones de Ita-



Revista Argentina de Cirugía Plástica Antecedentes en cirugía plástica

lia fue práctica ejercida por familias de "empíricos", esto porque determinadas operaciones (hernia, entre ellas) los cirujanos se rehusaban a practicarlas por la peligrosidad de de su realización. Las familias que se destacaron en este sentido fueron los Branca en Sicilia, y los Vianeos en Calabria.

Un testimonio válido brindó el ilustre médico español del Renacimiento Dionisio Daza Chacón (1503?-1596), natural de Valladolid, quien escribió lo siguiente:

"Estando yo en Nápoles, había en Calabria un cirujano que restauraba las narices perdidas y hacíalo de esta manera. Quitaba todo lo calloso, como se quita cuando curamos las curtas de los labios o de las orejas, y luego en el morcillo del brazo izquierdo con una navaja, a lo largo del brazo daba una cuchillada tan larga cuanto había de ser la nariz, y hacía que los enfermos metiesen allí la nariz, y ataba el brazo a la cabeza, de manera que no se pudiese resolver, y así continuaba cuarenta días, en los cuales ya había crecido en la nariz cantidad de carne, de la cual quitaba con una navaja lo que sobraba, y dejaba la nariz que se echaba poco de ver la falta que tenía".

Este primario pero hábil procedimiento en la práctica de la rinoplastia fue rescatado para la cirugía por un italiano, Gaspare Tagliacozzi (1546-1599), discípulo de Giulio Cesare Aranzio (1530-1589), profesor de la Universidad de Bolonia, donde también ejerció la docencia como profesor de anatomía y cirugía Tagliacozzi.

Sin perjuicio de conocer el método, eventualmente por haberlo practicado su maestro Aranzio, el gran mérito de Tagliacozzi estriba en haber sido el verdadero difusor de la técnica mediante su obra "De curtorum chirurgia" (Venecia, 1597), con 22 grabados que la ilustran. La técnica descripta por Tagliacozzi comprende los siguientes tiempos:

"Disección de un colgajo cutáneo en puente, en la cara anterior del brazo; colocación de un lienzo fino, entre el colgajo y la superficie cruenta del brazo, hasta alcanzar una relativa cicatrización de la cara inferior de aquél; sección en una de las líneas de inserción del colgajo: en la queiloplastia, la línea superior y en la rinoplastia, por el contrario, la inferior; reavivamiento de los bordes de la nariz o del labio mutilados y del contor-

no del colgajo; reunión de éste con la zona defectuosa y fijación del brazo en la posición adecuada; confección del tabique y de los orificios nasales; por último fijación del tabique al labio superior y modelado de la nariz."

Lo expuesto muestra con claridad meridiana que este italiano puede y debe ser considerado precursor de la cirugía plástica. No obstante lo apuntado, la actividad de Tagliacozzi y de otros cirujanos de ese tiempo no impidió que las operaciones plásticas decayeran con rapidez. Su resurgimiento cristalizara recién a finales del siglo XIX.

Como se indicó anteriormente, la cirugía plástica entró en un letargo pronunciado tras la actividad de Taglia-cozzi. Sin embargo, fue renovada y actualizada en suelo europeo; de un lado por la introducción del método indio a través de médicos ingleses residentes en Oriente, entre ellos, Cruso, Studlay y Lucas y por el germano Joseph von Wattmann (1789-1866); de otro lado, los precedentes de Francois Chopart (1743-1795), Lynn y Sutcliffe, que permitieron a Joseph Constantine Carpue (1764-1848), cultivador de la electroterapia ("An introduction to Electricity and Galvanism", 1803), resucitar el método indio de rinoplastia en 1816.

Entre los médicos que volvieron a utilizar el viejo método de Tagliacozzi -ello sin perjuicio de ensayar técnicas originales- encontramos a Diego de Argumosa y Obregón (1792-1865), oriundo de Puente de San Miguel. Profesor de Disección Anatómica de la Facultad de Medicina de Madrid a partir de 1829, presentó a sus compañeros de claustro un siringótomo de su invención en 1832. En el transcurso de 1833 hizo constar como suyo un método de blefaroplastia, cuya prioridad fue disputada por Hysern, a lo que debe adicionarse una queiloplastia, en 1849, repetida la primera por Dieffenbach e Hysern posteriormente.

Johann Friedrich Dieffenbach (1792-1847), natural de Konigsber, también tiene su lugar dentro de la especialidad. En 1822, disertó en Wurzburgo sobre la regeneración y trasplantación de los tejidos, exhibiendo su inclinación hacia la cirugía plástica. Joaquín Hysern (1804-1883), oriundo de Bañolas (Gerona, España), también hizo su aporte. Dejando de lado la disputa con su compatriota Argumosa y Obregón, este profesor de San Carlos escribió un opúsculo excelente titulado "Tratado de blefaroplastia témporo-facial", en 1843.



Revista Argentina de Cirugía Plástica Antecedentes en cirugía plástica

Además fue el primero en practicar -en España- la decolación del fémur. A esta lista puede agregarse Cooper (fístula perineal), Delpech (escroto), Larrey, Liston, Dupuytren, Percy, entre otros.

Otro médico que participó en actividades vinculadas a la cirugía plástica fue Simón Zeller von Zellenberg (1746-1816). Su actividad en pro de la especialidad queda reflejada en lo siguiente: en 1797 practicó en su departamento del Hospital General, donde era uno de los dos cirujanos jefes, el tratamiento abierto de heridas. Vincent Krenz (1760-1829) lo adoptó y propagó rápidamente. También existe un procedimiento para operar la sindactilia congénita, conocido como "método operatorio de Kern", aunque ya había sido presentado por el ingenioso Zeller en 1810. El método implementado por Zeller se plasmaba mediante el seccionamiento de las adherencias cutáneas entre los dedos, disecaba un colgajo en forma de V en la piel del dorso de la mano, y lo fijaba en la palma de ésta, en el ángulo de la herida. Zeller, evidentemente, practicó en Viena el principio de la cirugía plástica, antes de su introducción en Alemania, con éxito sumo, por Carl Ferdinand von Graefe.

Una personalidad destacada es Carl Ferdinand von Graefe (1787-1840), oriundo de Warsaw; fue uno de los cirujanos generales en la lucha por la independencia de Alemania (1813-1815). Previamente -en 1810- había sido designado profesor de cirugía en la Universidad de Berlín, conservando el cargo luego de la guerra. Es considerado el fundador de la moderna cirugía plástica. En sus obras describe los procederes quirúrgicos conocidos con el nombre de rinoplastia (operación que realizó en 1816 a un soldado, imitando y perfeccionando el método hindú) y blefaroplastia. En otro trabajo (1822) desarrolló un método para el tratamiento quirúrgico de la hendidura congénita del velo del paladar. En 1821 materializó la resección parcial del maxilar inferior, y en 1822 fue el primero que realizó en Alemania la ligadura del truncus anonymus.

Asimismo, alrededor de 1848, se destaca la figura de un médico escocés, Sir William Fergusson (1808-1877), quien debe ser considerado el fundador de la cirugía conservadora, es decir de la conservación de aquellas partes del cuerpo que eran innecesariamente sacrificadas por los cirujanos anteriores. Antes de Fergusson, los huesos desnudados y las articulaciones enfermas o doloridas (aun las neurosis) eran consideradas como motivos suficientes para una amputación. Su pensa-

miento puede cristalizarse así:

"Pensaba que era una gran cosa poder salvar por la prudencia aunque no fuese más que la extremidad del pulgar"

Un médico que figura con caracteres propios dentro de la cirugía plástica es el francés Louis Xavier Edouard Léopold Ollier (1830-1900). Luego de estudiar en las Universidades de Lyon y Montpellier, en 1860 fue designado cirujano jefe en el hospital de Lyon; en 1877 fue nombrado profesor de clínica quirúrgica. Destacó claramente en el campo de la cirugía ósea. Realizó originales estudios sobre la regeneración ósea por la conservación de la capa interna del periostio u osteógena -capa de Ollier- con introducción del método de resección subperióstica que permite intervenciones más amplias y resultados más positivos. En 1872 describió por primera vez "el uso de injertos intermedios de piel de mediano espesor" ("injerto de Ollier-Thiersch" e "injerto de Ollier, Alclave y Davis").

Karl Thiersch (1822-1995), oriundo de Munich, estudió en su ciudad natal donde se doctoró en 1843. Tras visitar Berlín, Viena y París, regresó a Munich en 1847. Participó como voluntario en 1850 en la segunda guerra de Schleswig - Holstein, donde Georg Friedrich Louis Stromeyer (1804-1876) influyó notablemente en la formación quirúrgica de su discípulo. Nombrado en 1854 profesor ordinario en Erlangen, luego se trasladó (1867) a la misma cátedra en Leipzig. Sus aportes trascendentales a la medicina están registrados en sus publicaciones donde se mostró gran defensor del método listeriano, cultivador de la patología quirúrgica por sus estudios sobre el cáncer epitelial (1865), la necrosis fosfórica del maxilar (1867), la curación de la heridas (1865) y su invento de los injertos cutáneos (1865). Propuso por vez primera el empleo de una navaja para obtener capas delgadas de tejido cutáneo.

En un resumen del desarrollo de la cirugía plástica hasta el siglo XIX pueden señalarse las pautas siguientes:

- La consolidación de los principios básicos en que se fundamenta;
- 2) El logro de la pronta y segura reunión de las superficies avivadas o divididas;
- 3) La concreción de una correcta evaluación del método a seguir en cada caso;
- La verificación del buen estado del paciente y del campo operatorio;
- 5) La necesaria comprobación de que los colgajos pro-



Revista Argentina de Cirugía Plástica Antecedentes en cirugía plástica

cedan de tejidos sanos, gruesos, con tejido subcutáneo y vascularización asegurada.

Para completar el panorama brindado por la especialidad hasta 1900 deben mencionarse: la utilización por Dieffenbach -en 1834- de injertos de mucosa en las queiloplastias; en tanto, el suizo Jacques Louis Reverdin (1842-1929) ideó un método para recubrir las pérdidas de sustancia de la piel, empleando pequeños colgajos tallados en la epidermis, en oposición al método de colgajos pedunculados. La técnica implementada por el suizo fue perfeccionada con posterioridad por Thiersch. A su vez, Vincenz Czerny (1842-1916) demostró en 1871 que se podían injertar colgajos libres de mucosa, procedimiento que se mostró muy útil para la cirugía ocular. También encontramos el tratamiento de las úlceras mediante injertos cutáneos llevado a cabo por el norteamericano Frank Hastings Hamilton (1813-1887). Este tratamiento fue practicado en 1854.

Aparecido el siglo XX, su desarrollo trajo aparejada una ironía en la historia de la humanidad: las guerras, que sembraron la muerte y la destrucción, sirvieron paradójicamente como ayuda a la medicina en su lucha contra la muerte y las enfermedades.

La cirugía plástica alcanzó plena madurez como especialidad durante la Primera Guerra Mundial (La Gran Guerra, 1914-1918), cuando el elevadísimo número de rostros mutilados provocó un problema tanto quirúrgico como social. Se fundaron centros especializados de tratamiento y se "perfeccionó el concepto de labor de equipo". Se consiguieron grandes adelantos en la implantación de huesos y el trasplante de piel, músculos y tejido celular. En 1917, V. P. Filatov, del Instituto Ucranio de Oftalmología, ideó el tubo de piel pediculada, método que otro médico, Sir Harold Gillies, creaba al mismo tiempo en Londres. Este procedimiento mejoraba la circulación de la piel y el tejido subcutáneo y

reducía las posibilidades de infección y filtración procedentes de la herida.

En 1921 se constituyó la Asociación Norteamericana de Cirugía Plástica, para crearse diez años más tarde la Sociedad Norteamericana de Cirugía Plástica y de Reconstrucción. Contemporáneamente se perfeccionaron las técnicas de injerto libre, con adquisición de mayores conocimientos sobre los procesos regeneradores de los tejidos. Más aún, en los años finales de la década de 1930, la casi totalidad de los hospitales más importantes contaban en su dotación con un cirujano plástico. Dos descubrimientos aceleraron el desenvolvimiento de esta especialidad: uno, el dermátomo en 1938, que hizo posible la extirpación de injertos cutáneos de un grosor preestablecido; otro, la aparición de los antibióticos.

Como el contenido del presente es mostrar los orígenes y desarrollo de la cirugía plástica, interesa destacar una situación generada por la Gran Guerra, esto es, "un cambio en la formación del cirujano". Los grandes cirujanos anteriores a 1914, sin perjuicio de sus conocimientos y experiencia, tenían una visión autocrática de sus méritos. A partir de 1914, la conflagración destrozó la jerarquía quirúrgica y el imperio de la tradición: los jóvenes cirujanos movilizados en la plenitud de sus destrezas, pudieron hacer valer sus propias decisiones y acometer operaciones de complejidad nunca vista. Estos profesionales en 1918 "habían aprendido a pensar con mentalidad fisiológica, no solamente anatómica"; también conocían que "el secreto de la buena cirugía es antes la suavidad que la velocidad".

Como colofón, cabe señalar que la cirugía estética como especialidad independiente nace entre los años 1920 y 1930, con requerimiento en cabeza del cirujano de una matización artística que no todos poseen.

ACTIVIDADES CIENTIFICAS

SACPER



Noticias SACPER

Congreso SACPER 2007 XXXVII Congreso Argentino de Cirugía Plástica del 28 al 31 de marzo de 2007 Bolsa de Comercio de Rosario, Centro de Convenciones.

www.cirugiaplastica2007.com.ar

Secretaría Administrativa e inscripciones: Catamarca 1573 PB - Rosario - Pcia. de Santa Fe - Argentina.

Tel: 0341-4352807

E-mail: congreso@cirugiaplastica2007.com.ar

www.cirugiaplastica2007.com.ar

Aranceles de inscripción

Miembro de la SACPER: \$600.-Miembro de Filiales: \$750.-No miembros: \$1200.-

Residentes / concurrentes: \$300.-

Formas de pago

- Por medio de depósito o transferencia bancaria: Cuenta Corriente N°505592/3/43
 Banco Supervielle, Sucursal Rosario
 CBU 0270043480020050559235
 Se debe remitir vía fax el comprobante del depósito o transferencia.
- Por medio de cheque:

 A la orden de XXXVII Congreso Argentino de Cirugía Plástica, enviado por correo privado.

Las inscripciones (envío de formulario de inscripción a través de la página web y pago del arancel) que se realicen antes del 15 de diciembre gozan del 10% de descuento.

En cuanto al envío de trabajos en las modalidades Trabajo Libre y Póster, la fecha de cierre para su presentación es el 30 de noviembre 2006. En el caso de los Trabajos a Premio y Miembro Titular, la fecha de cierre es el 15 de diciembre de 2006. Toda la información se encuentra en la página web del Congreso.

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 2° y 4° 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, Auriculoplas-

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



Actividades Cientificas - SACPER

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

Ciruaía 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.
- 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.



ACTIVIDADES CIENTIFICAS

FILIALES



Sociedad de Cirugía Plástica de Buenos Aires

❖ Comentario del XI Simposio Internacional de Cirugía Plástica "Siglo XXI"

Durante los días 19, 20 y 21 de octubre de 2006 se llevó a cabo, en el Hotel Panamericano de Buenos Aires, el XI Simposio Internacional de Cirugía Plástica "Siglo XXI", que contó con casi setecientos cirujanos plásticos como asistentes.

Los invitados extranjeros fueron los Dres. Mark Jewell y Malcolm Paul, de los EE.UU.; Graeme Southwick, de Australia, y Giorgio Bronz, de Suiza.

Se trataron temas como reconstrucción y estética de mamas, últimos adelantos en lipoaspiración, rejuvenecimiento facial tradicional y miniinvasivo, rinoplastias primarias y secundarias, entre otros temas.

Además de las conferencias se realizaron workshops y el Dr. Malcolm Paul dictó, el 22 de octubre, un curso sobre suturas tensoras en forma gratuita para ciento cincuenta concurrentes.



Sociedad de Cirugía Plástica de Rosario

❖ 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 de Córdoba

 Curso teórico-practico de rinoplastias (con intervenciones quirúrgicas en vivo) 27 de noviembre al 1 de diciembre de 2006, en la División de Cirugía Plástica. Hospital de Clínicas.



Sociedad de Cirugía Plástica de Mar del Plata

l° Reunión Conjunta de Cirugía Plástica de Sociedades Filiales del Interior

Mar del Plata, 8 y 9 de diciembre de 2006 Torres de Manantiales (Apart Hotel - Spa & Club de Mar - Centro de Convenciones)

Organiza la Sociedad de Cirugía Plástica de Mar Del Plata

Participantes:

Soc. De Cirugía Plástica De Buenos Aires

Soc. De Cirugía Plástica Córdoba

Soc. De Cirugía Plástica De Mar Del Plata

Soc. De Cirugía Plástica De Mendoza

Soc. De Cirugía Plástica De Nordeste

Soc. De Cirugía Plástica De Rosario

Soc. De Cirugía Plástica De Tucumán

Soc. De Cirugía Plástica De La Plata

Temario

Mastoplastias de aumento y reducción Rinoplastias primarias y secundarias

Blefaroplastias

Envejecimiento facial

Contorno corporal

Mesa redonda del capítulo de Estética de la SACPER: Complicaciones en Cirugía Estética

Informes e inscripción

Bureau Congresos: margiuf90@hotmail.com

e-mail: jlsoplan@velocom.com.ar

Aranceles

Especialistas: \$120 Residentes: \$60