



REVISTA ARGENTINA DE
Cirugía Plástica

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

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

Comité de Redacción

Director

Dr. Guillermo Flaherty

Editora

Dra. Martha O. Mogliani

Secretarios de Redacción

Dr. Héctor Marino (h)
Dr. Juan Carlos Rodríguez

Presidente Comité de Redacción

Dr. Fortunato Benaim (Cirujano Maestro)

Comité de Redacción

Dr. Ulises De Santis (Cirujano Maestro)
Dr. Néstor Maquieira (Cirujano Maestro)

Consejo Consultor Nacional

Dr. Alberto Albertengo (Cirujano Maestro)
Dr. Leonardo Barletta (Cirujano Maestro)
Dr. Luis Inchaurreaga (Cirujano Maestro)
Dr. Osvaldo Orduna (Miembro Honorario Nacional)
Dr. Luis F. Albanese (Miembro Honorario Nacional)

REGISTRO PROPIEDAD INTELECTUAL: Expediente N° 687144.
Inscripta en el Boletín de OPS/OMS.

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

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

Editada por **Publicaciones Latinoamericanas SRL.**,
Dr. Ramón Carrillo 294 (1275) Capital. Tel: 4305-3310
E-mail: info@p-latinoamericanas.com.ar
<http://www.p-latinoamericanas.com.ar>

Sumario

- 11 Editorial
Liderazgo
- 12 Protocolo de atención en tratamiento de heridas.
Uso de cura húmeda
- 25 Colgajo de Converse expandido para
reconstrucción nasal total. Caso clínico
- 30 Acortando la cicatriz submamaria
en la inclusión de Implantes
- 33 Mastoplastia de reducción.
Técnica con cicatriz en T reducida
- 41 Normatización de tratamiento FLAP
- 48 Obituario.
Dr. Eduardo Humberto Marino
- 50 Noticias SACPER
- 52 Actividades Filiales
- 53 Reglamento de Publicaciones

Las opiniones expresadas en estas páginas son de los autores y no involucran necesariamente el pensamiento del editor y de la Dirección de la revista.

Prohibida su reproducción total o parcial.

Comisión Directiva SACPER

Abril 2006 - Abril 2007

Comisión Directiva

Presidente

Dr. Guillermo Alberto Flaherty

Vicepresidente

Dr. Ernesto Adrián Moretti

Secretario General

Dr. Guillermo Daniel Vázquez

Prosecretario

Dr. Francisco Jorge Famá

Secretario de Actas

Dr. Claudio Alberto Teleceman

Tesorero

Dr. Carlos Emilio Sere day

Protesorero

Dra. Paulina Iwanyk

Director de Publicaciones

Dr. Juan Carlos Rodríguez

Subdirector de Publicaciones

Dr. Guillermo Siemenczuk

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 Rodríguez

Dr. Luis Mario Ginesin

Comité de Ética

Coord.: Dr. Ulises De Santis

Dr. Luis Inchaurrega

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 Traina

Dr. Marcos Salazar

Estudio de Examen Único a M.T.

Coord.: Dr. Guillermo Flaherty

Dr. Ricardo Yohena

Comisión Informática

Pág. Web: Dra. Paulina Iwanyk

Rta. e-mails: Dr. Edgardo Raggi

Relación con Filiales

Dr. Guillermo Siemenczuk

Historia de la SACPER

Coord.: Dr. Fortunato Benaim

Dr. Ulises de Santis

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 Sere day

Secretaría de Relaciones

Públicas: Dra. Paulina Iwanyk

Representantes Regionales:

Buenos Aires: Dra. Mirta Moreno

La Plata: Dr. Carlos Perroni

Mar del Plata: Dr. Mario Magrini

Noreste: Dr. Dante Masedo

Tucumán: Dr. Miguel Corbella

Rosario: Dr. Carlos Boggione

Mendoza: Dr. Carlos Mira Blanco

Capítulos año 2006

Cirugía Estética

Dr. Eduardo Aubone

Quemados

Dr. Ricardo Terazawa

Cirugía Maxilofacial

Dr. Roque Garramone

Cirugía Infantil

Dr. Pedro Dogliotti

Cirugía de Miembros, Mano y Microcirugía

Dr. Martín Colombo



REVISTA ARGENTINA DE Cirugía Plástica

Publicación de la Sociedad Argentina de Cirugía Plástica, Electrolisis y Reparativa

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. Ginesin

Vicepresidente: Dr. Vicente Hugo Bertone

Secretario General: Dr. Eduardo Errea

Sociedad de Cirugía Plástica de Córdoba

Ambrosio Olmos 820 (5000) Córdoba

Tel.: (0351) 460-7071 - Fax: (0351) 468-3241

Presidente: Dr. Miguel Descalzo

Vicepresidente: Dr. Ricardo Terazawa

Secretario: Dr. Ricardo E. Denes

Sociedad de Cirugía Plástica de Mendoza

Olegario V. Andrade 496 (5000) Mendoza

Tel.: (0261) 428-6844 - Fax: 0261-428-6247

Presidente: Dr. Alejandro Gutiérrez

Vicepresidente: Dr. Roberto Benedetto

Secretario General: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Sociedad de Cirugía Plástica de La Plata

Calle 50 - N°374 - (1900) La Plata

Tel./Fax: (0221) 422-5111

Presidente: Dr. Roberto Lamonega

Vicepresidente: Dr. Jorge Canestri

Secretario: Dr. Carlos Daniel Schreiner

Sociedad de Cirugía Plástica de Rosario

Círculo Médico de Rosario

Santa Fe 1798 (2000) Rosario

Tel./Fax: (0341) 421-0120

Presidente: Dr. Guillermo Siemenczuk

Vicepresidente: Dr. Ernesto Moretti

Secretario General: Dr. Carlos Zavalla

Sociedad de Cirugía Plástica del Nordeste

Arturo Frondizi 986 - Torre I 10°C - (3500) Resistencia - Chaco

Tel/Fax: (03722) 43-5393

Presidente: Dr. Jorge Díaz García

Vicepresidente: Dr. Eduardo Gómez Vara

Secretario General: Dr. Sergio Martínez

Sociedad de Cirugía Plástica de Mar del Plata

Güemes 2968 P.A. (7600) - Mar del Plata - Argentina

Tel.: (0223) 486-2068 Fax: (0223) 486-2068

sacpermar delplata@hotmail.com | www.sacpermdp.org.ar

Presidente: Dr. José Luis Soplan

Vicepresidente: Dr. José Alberto Angarano

Secretario General: Dr. Esteban Elena

Sociedad de Cirugía Plástica de Tucumán

Colegio Médico de Tucumán- Las Piedras 496- (4000) San Miguel de Tucumán.

Tel/ Fax: (0381) 422-0658

www.scpt.com.ar

Presidente: Dr. Roberto Serrano Alcalá

Vice-Presidente: Dr. Fernando Colombres

Secretario Gral: Dr. Enrique Santiago Rusconi



Editorial

Liderazgo

Todos sabemos que las organizaciones padecen de muchas minusvalías. Si nos ponemos a pensar cuáles son algunas de las causas, podríamos darnos cuenta de que en su mayoría dependen de las personas que las dirigen, que habitualmente dedican más tiempo a protegerse, a engrandecerse y ufanarse de sí mismos que a trabajar por el presente y el futuro de esas organizaciones.

¿Cuánto tiempo suponemos que puede durar el poder, el empleo o la dirección de una empresa? Aunque dure años, es efímero, porque la organización nos sobrepasará.

En los seminarios sobre dirección de empresas u organizaciones, se habla siempre y se resaltan las cualidades que deberían tener los líderes para ejercer la función de dirigir. Entre éstas se destaca la capacidad de planificación, que implica tener conocimiento de las necesidades presentes y, a través de él, proyectar e imaginar la evolución y cambios de esas necesidades en el tiempo. Para esto se debe contar con otra capacidad, la flexibilidad, que le proporciona al individuo la posibilidad de modificar, sobre la base del presente, objetivos actuales a largo plazo. El líder debe saber que aferrarse tercamente a metas que ya han ido cambiando en el contexto que rodea a la organización, lo dejarán a él y a ésta rezagados, es decir, con "el diario del día anterior" y las noticias de ayer.

El que dirige debe dejar atrás su ego, pues éste, la mayoría de las veces, lo llevará a no escuchar ni respetar otros puntos de vista que estén en desacuerdo con sus pensamientos; como consecuencia, tratará de imponer sus ideas mediante la autoridad o la represalia, generando con esta forma de actuar conflictos en la organización que conducen a la falta de interés, desgano y alejamiento de las personas.

El líder que dirige una organización debe tener la capacidad de acción que induzca a sus seguidores a actuar en pos de determinadas metas, debe ser paciente, compasivo, solícito, optimista, capaz de motivar a las personas a través del contacto y la empatía y, de esta forma, forjar relaciones fructíferas.

Un líder eficaz procura no imponer, no dar órdenes ni tomar represalias; prefiere pedir opiniones a las personas adecuadas, aunque difieran con sus ideas, hacer y recibir sugerencias.

Los líderes saben que no siempre es fácil llevar a cabo decisiones capaces de producir un cambio o un efecto importante en la organización, pero también saben que las decisiones que tomen deben ser coherentes, para que no se pierdan oportunidades y se transite por el camino del éxito.

Los cambios que rápidamente se producen en el mundo exigen no tan sólo un nuevo concepto de persona, de grupo y cultura, sino también nuevas capacidades de comunicación e interacción.

Actualmente el liderazgo está relacionado con motivar e influir sobre otros, pero no por el mero hecho de ser "jefes" o "directivos" sino por el compromiso que tiene el líder con la gestión, la comunicación del objetivo o meta hacia el logro de elevadas aspiraciones para todos los que forman parte de la organización.

Los líderes saben que primero deben efectuar los cambios a nivel superior, porque inevitablemente éstos irradian a niveles inferiores. Por ello deben tener estrategias adecuadas a los rápidos cambios que se producen en su entorno, comprenderlos y adaptarlos o adoptarlos; esto constituye uno de los aspectos claves de la capacidad de liderazgo.

Resumiendo, el líder debe crear una organización, un lugar al cual todos quieran pertenecer.

Aspiro a que sean los jóvenes cirujanos plásticos de nuestra querida SACPER los que analicen este artículo y estudien muy bien lo que significa la dirección de una organización, porque ellos serán los futuros "líderes" que producirán los grandes cambios para que nuestra Sociedad despierte y consolide un sentido de pertenencia en todos los cirujanos plásticos argentinos.

Dra. Martha O. Mogliani
(Editora)



Protocolo de atención en tratamiento de heridas. Uso de cura húmeda

H. Leoni*, G. Artero***, M. Salazar**, R. Evangelista***, 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".

Correspondencia: Dr. H. Leoni. Email: hectorleoni@arnet.com.ar

Resumen

El desarrollo de un tipo de cura adecuado para las heridas ha ido encaminándose hacia la cura húmeda, para generar un medio con condiciones similares a las del organismo y favorecer así la cicatrización.

En este trabajo se presenta un protocolo de manejo de heridas, según la etapa evolutiva en que se encuentre. Para llegar a definir una adecuada clasificación y el tipo de terapéutica en cada una de ellas, se llevó a cabo un estudio multicéntrico durante 6 años en 121 pacientes con heridas crónicas de difícil cicatrización, realizándose seguimiento hasta su resolución, ya sea por cicatrización por segunda intención o por algún método quirúrgico. Además, se confeccionó un algoritmo de clasificación de heridas y su adecuado tratamiento, incluyendo los productos más utilizados.

Palabras Clave: cura húmeda, heridas.

Summary

The development of different types of cures suitable for the wounds has been directed towards wet wound healing to generate an environment with conditions similar to those of the organism and to favor therefore the normal wound healing.

In this paper a protocol of wound management is presented according to the evolutionary stage in which it is. In order to get to define a suitable classification and the type of therapeutic in each one of them, it was

analyzed in a period of 6 years in multicentric form, 121 patients with chronic wounds of difficult healing being made pursuit until its resolution or by healing by second intention or some surgical method. Besides we made an algorithm of wound's classification and their treatment, including products more utilized.

Keyword: wet wound healing.

Introducción

El tratamiento de las heridas ha sido motivo de preocupación desde hace mucho tiempo,¹ no sólo para nuestra especialidad sino también para todas aquellas personas relacionadas con el manejo de heridas, dada la complejidad y la diversidad de tratamientos existentes. Se reconocen escritos con referencias y sistemas de tratamiento desde la antigüedad.^{1,2} La evolución de los procedimientos y de los medios para lograr la cicatrización ha crecido y se ha desarrollado amplia y específicamente en las últimas décadas, dejando así a las curas tradicionales, poco a poco de lado.^{3,4}

El desarrollo de un tipo de cura adecuado para las heridas ha ido encaminándose hacia un tipo definido, la cura húmeda (Tabla 1).⁵⁻⁷

Se conoce como cura húmeda a aquella que establece un medio de humedad controlada y permite el intercambio físico combinando el exudado de la herida con el producto colocado. De esta manera se crea una



interfase o cámara (ya sea oclusiva o semioclusiva),⁸ en la cual se evita el desarrollo de gérmenes, se absorbe el exudado y el fondo de la herida se libera de los líquidos al combinarse físicamente con el material de la cura,

otorgando a la herida una condición similar a la de un tejido fisiológicamente sano y favoreciendo la secuencia biológica de los procesos de cicatrización.^{9,10}

Existen diversas circunstancias asociadas a patologías o

TABLA

1

Comparación entre cura tradicional, húmeda a seca (*wet to dry*) y húmeda.

	Cura tradicional	Cura húmeda a seca	Cura húmeda
Objetivos	Mantener limpia la herida. Prevenir la infección. Eliminar secreciones. Protección de la zona.	Debridamiento mecánico. Estimular la granulación. Prevenir la infección.	Microclima local con humedad controlada para disminuir el desarrollo bacteriano y regular el exudado de la herida. Evitar deshidratación y costra (contaminación subyacente). Evitar maceración (contaminación por exceso de exudado). Separar el exudado del fondo al ser absorbido o combinado. Antiadherente. Favorecer la secuencia biológica de los procesos de cicatrización. Disminuir el dolor. Aumentar el intervalo de las curaciones.
Materiales	Lavados con soluciones yodadas, agua oxigenada, solución fisiológica. Gasas estériles solas o con ungüentos. Nitrofurazona.	Lavados con soluciones yodadas, agua oxigenada, solución fisiológica. Gasas embebidas con solución fisiológica, con antibióticos, con antisépticos.	Lavados con solución salina estéril o agua corriente Ver Tabla 2 (productos)
Desventajas	Deshidratación. Maceración. Formación de costra. Adherencia. Contaminación. Mal olor. Recambio cada 12-24 hs. <i>Yodopovidona:</i> Vehículo de gérmenes Disminuye la migración epitelial Disminuye la formación de tejido de granulación. <i>Nitrofurazona:</i> Alteran la regeneración tisular. Disminuyen la migración epitelial. Retrasan la granulación.	Deshidratación. Formación de costra. Adherencia (dolor). Curación dolorosa. Recambio cada 12-24 hs.	Debe ser usada con criterio por personal capacitado. Mayor costo por unidad. Mayor tiempo de cierre en comparación con la resolución quirúrgica.
Ventajas	Procedimiento económico. Fácil disponibilidad y realización.	Procedimiento económico. Fácil disponibilidad y realización. Obtención de tejido de granulación. Disminución del olor. Disminución de la contaminación.	Confort y rápida rehabilitación. Disminución del dolor durante y entre curaciones. Mayor espacio entre curaciones. Relación costo/beneficio favorable. Permite mantener el procedimiento hasta el cierre. Alternativa válida en pacientes no quirúrgicos. Mínimas incomodidades.

hábitos que dificultan la sucesión de etapas de cicatrización,^{11,12} entre las que tenemos factores locales como trauma, infecciones, isquemia, insuficiencia arterial y venosa, radiación, toxinas locales, cuerpos extraños, hipertermia, decúbito obligado; factores sistémicos como hipertensión arterial, diabetes,¹³ colagenopatías, hepatopatías, deficiencias nutricionales; hábitos como alcoholismo y tabaquismo;¹⁴⁻¹⁶ uso de medicamentos como corticoides y agentes quimioterápicos; otras circunstancias, como factores raciales y ubicación de la herida, pueden incidir negativamente en la cicatrización. Debido a ello es fundamental establecer los distintos factores que dificultan la cicatrización y su adecuado tratamiento¹⁷ local, realizando una adecuada limpieza y seleccionando los diversos materiales para realizar una cura húmeda de acuerdo al tipo de herida y la etapa evolutiva en que se encuentre.

Materiales y métodos

Se realizó un estudio descriptivo, multicéntrico, longitudinal, en el que se analizó la evolución de 121 pacientes con heridas crónicas hasta su resolución, en un período de 6 años y 4 meses comprendido entre enero de 2000 y mayo de 2006.

Se tomaron como criterios de inclusión, pacientes con heridas crónicas con diversos factores de comorbilidad y diferentes patologías de base que alteraban el curso normal de la cicatrización y que no respondían a tratamientos convencionales, como antibióticos tópicos y curas tradicionales, desbridamientos o injertos libres de piel.

Se incluyeron en el estudio a aquellos pacientes a quienes se les pudo realizar un seguimiento adecuado hasta el cierre definitivo de la herida o su resolución mediante algún método quirúrgico.

Entre las heridas crónicas que no cicatrizan o tienen demoras en la reepitelización, se incluyeron lesiones traumáticas, infecciosas, vasculíticas, metabólicas, neuropáticas, por presión, por estasis venosa y lesiones que no cicatrizan adecuadamente en pacientes inmunocomprometidos.

No hemos podido establecer un único factor para explicar la causa que evita la adecuada cicatrización de estas heridas, por lo que hemos concluido en que la causa es de origen multifactorial.

El seguimiento de estos pacientes nos permitió desarrollar un protocolo de clasificación y tratamiento de las heridas, una tabla con los productos más usados en la cura húmeda (Tabla 2) y un organigrama con adecuado asesoramiento para la utilización de diversos tipos de

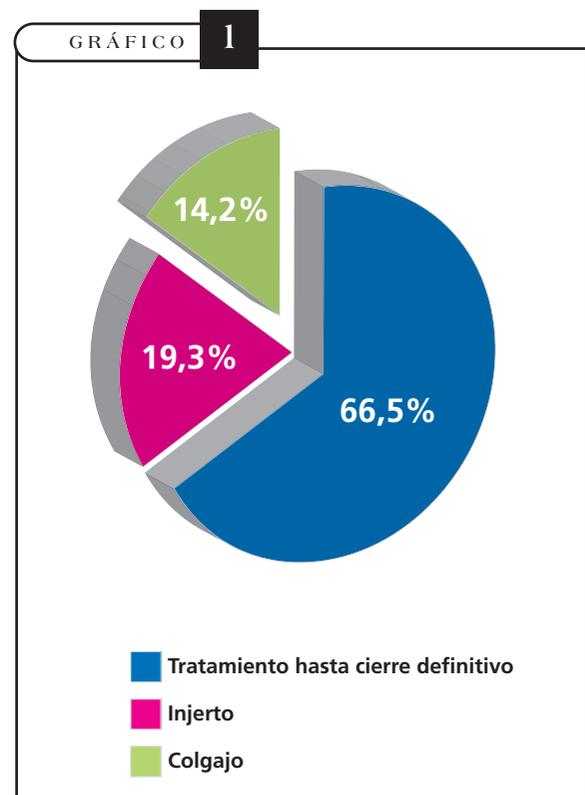
productos en cada una de las diferentes etapas evolutivas a fin de optimizar los resultados tendientes a generar normas de atención sistematizada que favorezcan la restauración de la herida con una rápida resolución.

Resultados

Se analizaron 121 pacientes con edades comprendidas entre los 25 y 95 años (media de 68,2 años y distribución por sexo de 41,4% hombres y 58,6% mujeres) que presentaban diversos tipos de heridas.

La mayor parte de las heridas (68,8%) se encontraban en miembros inferiores y eran secundarias a lesiones venosas, arteriales, vasculíticas, traumáticas, por microangiopatía o por neuropatía diabética. En segundo lugar, con un 9,2%, heridas secuelas lumbares posterior a atrodesis instrumentada de columna, seguido de 7,3 % de pacientes con lesiones por presión en cintura pélvica y cintura escapular, 5,4% con heridas multifactoriales en tórax, 5,1 % con pioderma gangrenoso y 4,2 % de pacientes que presentaban quemaduras.

La mayoría de los pacientes tenían diferentes factores



CONDUCTA TOMADA PARA EL CIERRE DE HERIDAS CRÓNICAS.

comorbidos y no respondían a tratamientos farmacológicos convencionales o quirúrgicos. La utilización de la cura húmeda se efectuó con el objeto de preparar los tejidos para una reconstrucción quirúrgica (injerto, colgajo de vecindad) o como método de elección hasta lograr el cierre definitivo de la herida.

Protocolo de manejo

Para establecer un protocolo de manejo de heridas, son requisitos básicos:

1. Diagnóstico preciso.
2. Definir el tipo y estadio de la herida para seleccionar la curación apropiada.
3. Mantener el adecuado control de la infección.
4. Mejorar las condiciones locales y sistémicas.
5. Tratamiento y control de la enfermedad de base.

Modo Operativo

1. Diagnóstico preciso.

Es indispensable establecer la etiología de la lesión y los distintos factores comórbidos¹⁸ que puede presentar, para determinar la conducta a seguir.

2. Tipo y estadio de la herida.

Para la correcta comprensión y elección de una conducta normatizada, clasificamos a las heridas en 4 estadios evolutivos de acuerdo a su etapa biológica.



HERIDA CON DIFERENTES ETAPAS SIMULTÁNEAS. SI BIEN LA CICATRIZACIÓN ES UNA SECUENCIA PROGRESIVA, EL CAMBIO DE UNA ETAPA A OTRA NO ESTÁ BIEN DEFINIDO, PUDIENDO COINCIDIR SIMULTÁNEAMENTE EN MAYOR O MENOR GRADO LAS DIFERENTES ETAPAS.

Clasificación (Fotos 2 a 5)

• Etapa necrótica inflamatoria



Esta etapa se caracteriza por la presencia de una escara necrótica con presencia infección subyacente. Debe ser removida quirúrgicamente en forma inmediata ya que su presencia retrasa el proceso de cicatrización.

• Etapa inflamatoria exudativa



Se caracteriza por producción de exudado; su cantidad puede variar desde escaso a muy abundante. Debe controlarse el exudado de la herida con la colocación de un producto que se combine físicamente con él, para favorecer la continuidad del proceso biológico.

• Etapa de granulación

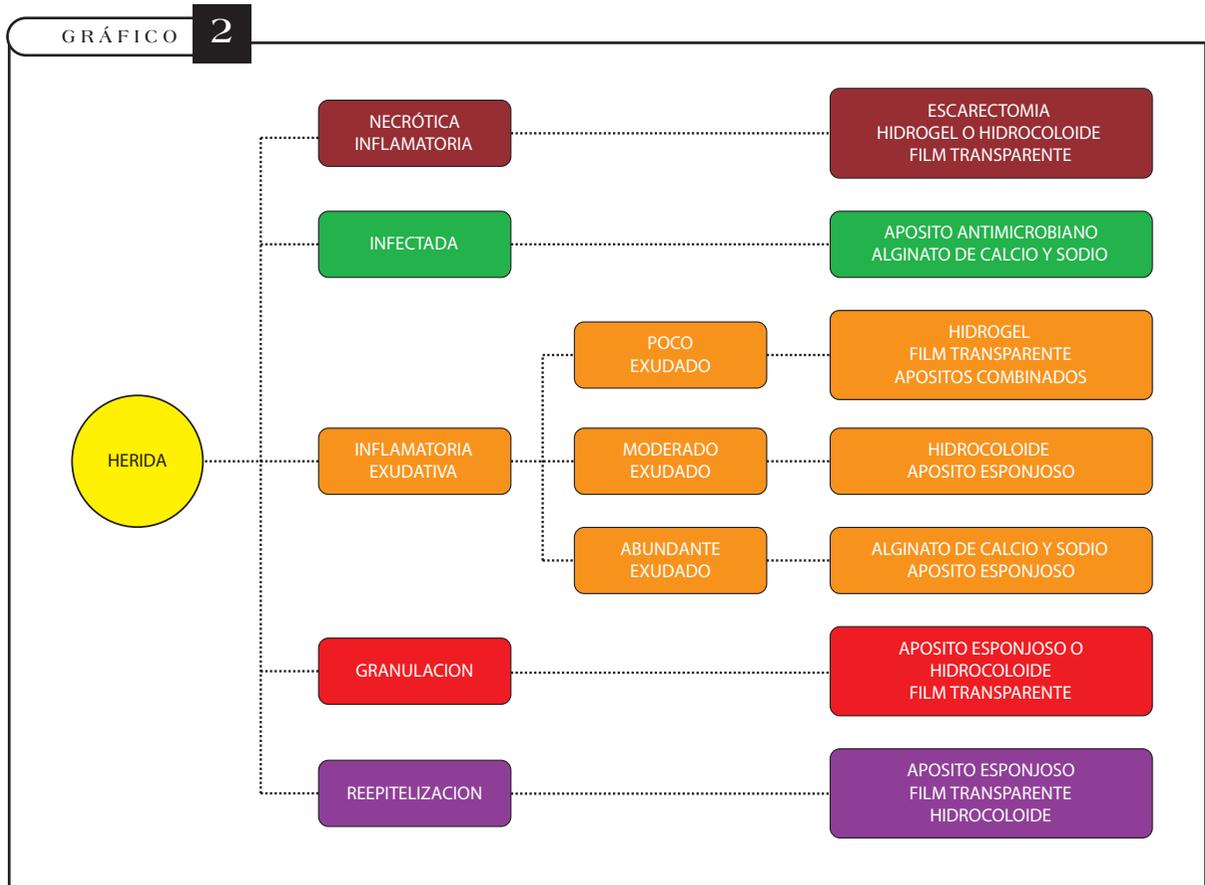
• Etapa de reepitelización



En esta etapa proliferan la neovascularización y la migración celular.



Esta etapa se caracteriza por la regeneración epitelial.



CLASIFICACIÓN DE HERIDAS Y PROTOCOLO DE TRATAMIENTO. ORGANIGRAMA.



3. Control de la infección

En todas las etapas es indispensable establecer la presencia de gérmenes patógenos ya que interfieren en el proceso de cicatrización y pueden agravar no

sólo las condiciones locales sino también las sistémicas.^{19,20}

Para ello se recomienda la toma directa de muestras para cultivo y sensibilidad antibiótica de tejido presu-

TABLA 2

Productos para el tratamiento de heridas: propiedades y usos.

Productos	Propiedades	Usos
Hidrocoloides	Mantienen la humedad Forman gel con el exudado de la herida. Evitan costra. Debridación natural. Semipermeables. Cámara o barrera oclusiva con medio húmedo. Favorecen granulación y reepitelización. No adherente.	Heridas necróticas inflamatorias, inflamatorias con moderado exudado, de granulación, de reepitelización.
Hidrogeles	Agregan y mantienen la humedad Agua + polietileno. Carboximetilcelulosa. Crean un ambiente húmedo. Autolíticos. Favorece la granulación y epitelización.	Heridas necróticas inflamatorias, inflamatorias con poco exudado, cavitadas.
Alginatos	Absorben humedad Fibras de alginato de calcio y sodio (pueden tener otros componentes - carboximetilcelulosa). Proveen un entorno húmedo. Forman un gel hidrofílico en la superficie de la herida. Disminuye la frecuencia del cambio de apósitos y aumenta la comodidad para el paciente. Favorecen la granulación. No adherente.	Heridas inflamatorias con abundante exudado, infectadas.
Apósitos esponjosos	Absorben humedad Apósitos de poliuretano hidrofílico. Acolchonamiento y protección de la herida. Absorción el exudado promoviendo un ambiente de humedad controlada. No adherentes.	Heridas inflamatorias con moderado y abundante exudado, de granulación, de reepitelización
Apósito antimicrobiano	Bactericidas y neutralizantes de olor Apósito primario de carbón activado y plata. Efectivos contra la infección. Los iones de plata presentan una acción bactericida y el carbón activado presenta una acción absorbente y neutralizante del olor.	Heridas infectadas, etapa inflamatoria con abundante exudado.
Film transparente	Mantienen la humedad Película adhesiva fina de poliuretano. Permite la evaporación del exudado. Entorno húmedo. Barrera contra microorganismos. Observación directa de herida. Impermeable. Favorece la migración epitelial.	Heridas necróticas inflamatorias, etapas inflamatoria con poco exudado, de granulación y de reepitelización.

Algunos de ellos pueden combinarse para mejorar los resultados o sumar sus acciones.

miblemente sano del fondo de la lesión (aerobios/ anaerobios/*Mycobacterium*), debiendo suspender el tratamiento antibiótico, en caso de recibirlo, 48 horas antes. Además, en caso de osteomielitis, de ser necesario se realizará cultivo y biopsia ósea para definir el tratamiento, la antibioticoterapia adecuada, la vía de administración, la duración y el pronóstico.

4. Mejorar las condiciones locales y sistémicas

Según nuestro criterio, los lavados de la zona de la herida deben realizarse con solución fisiológica o agua corriente, ya que el arrastre mecánico inducido por este método disminuye la contaminación y colo-

nización bacteriana.²¹

Puede colocarse óxido de zinc en forma tópica sobre el tejido perilesional como protección. En las lesiones de miembros inferiores, la utilización de vendajes elásticos puede ser necesaria dependiendo de la patología de base, así como también la deambulacion precoz.

5. Tratamiento y control de la enfermedad de base

Es imprescindible el tratamiento y control de la enfermedad de base para favorecer las condiciones locales para el cierre de la herida, ya que en muchos casos la misma es tan sólo una manifestación de la alteración sistémica.

Presentación de casos (Fotos 6 a 15)



SECUELA QUIRÚRGICA DE FRACTURA DE TOBILLO. CURA HÚMEDA CON ALGINATO + HIDROGEL.

FOTO

7



ÚLCERA ARTERIAL INFECTADA. CURA HÚMEDA SEMIOCLUSIVA CON ALGINATO DE CA + FILM TRANSPARENTE.

FOTO

8



PIÉ NEUROPÁTICO. TOILETTE Y CURA HÚMEDA CON ALGINATO + MEMB. HIDROCOLOIDE. CONTROL A LOS 30 DÍAS.

FOTO

9



QUEMADURA B DE TÓRAX CON FUEGO. ESCARECTOMÍA + CURA HÚMEDA CON ALGINATO + INJERTOS LIBRES DE PIEL. ALTA A LOS 45 DÍAS.

FOTO

10



FASCITIS NECROSANTE DBT. HIDROGEL + ALGINATO. CONTROL A LOS 45 DÍAS.



SINDROME DE LYELL. LAVADOS SALINOS + ALGINATO + MEMB. HIDROCOLOIDE. CONTROL A LOS 30 DÍAS.



GENERACIÓN DE MICROCLIMA HÚMEDO CON FILM TRANSPARENTE Y CMC EN ARTRODESIS INFECTADA DE COLUMNA. CONTROL A LOS 40 DÍAS.

FOTO 13



SÍNDROME LINFOPROLIFERATIVO. CURA HÚMEDA CON APÓSITO ESPONJOSO. CIERRE A LOS 90 DÍAS.

FOTO 14



TRAUMATISMO TANGENCIAL DE PIERNA EN PACIENTE LIMPIO POR ACCIDENTE DE MOTO. TOILETTES Y CREACIÓN DE CÁMARA CON HUMEDAD CONTROLADA. TEJIDO DE GRANULACIÓN A LAS DOS SEMANAS.

FOTO 15



COMBINACIÓN DE COLOCACIÓN DE INJERTOS Y CURA HÚMEDA. CIERRE DEFINITIVO A LOS VEINTE DÍAS DE LA COLOCACIÓN DEL INJERTO.

Conclusión

La cura húmeda provee seguridad y es una herramienta útil en la heridas de difícil resolución. Transforma el proceso de curación en un hecho simple, con intervalos más prolongados entre las curaciones, y disminuye

notablemente el dolor. Constituye un método seguro, que puede utilizarse en un número importante de casos hasta el cierre definitivo²⁷ de las heridas y prepara el lecho de manera óptima para recibir una cobertura a través de un injerto o un colgajo.

Bibliografía

- Bunyan, J. The treatment of burns and wounds by the envelope method. *Br. Med. J.* 2: 1, 1941.
- Hulten L. Dressings for surgical wounds. *Am J Surg* 1994 Jan;167(1a):425-445
- Katz, S., et al. Semipermeable occlusive dressing. *Arch Dermatol.* 40:58, 1986
- Ovington, Liza G. PhD Hanging Wet-to-Dry Dressings Out to Dry *Health Care Nurse Journal* Volume 19(8), August 2001, pp 477-483.
- Winter, G. D., and Scales, J. T. Effect of air drying and dressings on the surface of a wound. *Nature* 197: 91, 1963.
- Jan J. Vranckx, Elof Eriksson, et al. Wet Wound Healing *Plastic and Reconstructive Surgery Journal*, Vol. 110, No. 7 December 2002
- Choucair, M.; Phillips, T. What is New in Clinical Research in Wound Healing. *Dermatol Clin* 15: 48, 1997.
- Hutchinson, J. J., and McGuckin, M. Occlusive dressings: A microbiologic and clinical review. *Am. J. Infect. Control* 18: 257, 1990.
- Dyson, M., Young, S., Pendle, C. L., Webster, D. F., and Lang, S. M. Comparison of the effects of moist and dry conditions on dermal repair. *J. Invest. Dermatol.* 91:434, 1988.
- Vogt, P. M., Andree, C., Breuing, K., et al. Dry, moist, and wet skin wound repair. *Ann. Plast. Surg.* 34: 493, 1995.
- Leoni H, Salazar M y cols. Complicaciones secundarias a patologías que modifican el curso normal de la cicatrización. Trabajo Poster presentado en el XXXII Congreso Argentino de Cirugía Plástica
- Stadelmann wk et al. Impediments to wound healing. *American Journal of Surgery.* 176(2A Suppl):395-475, 1998 Aug.
- Frykberg RG, Armstrong DG, Giurini J, et al. Diabetic foot disorders: a clinical practice guideline. *J Foot Ankle Surg* 2000;39(5 suppl):S1-S60.
- Silverstein P. Smoking and wound healing. *Am Journal of Medicine.* 93(1a):22s-24s, 1992
- Krueger J. Clearing the Smoke: The Scientific Rationale for Tobacco Abstinence with Plastic Surgery 108(4) 1063-1073. 2001



16. Chang LD. Cigarette smoking, plastic surgery, and microsurgery. *Journal of Reconstructive Microsurgery*. 12(7):467-74, 1996 Oct
17. Long C. Granick MS. "A multidisciplinary approach to wound care in the hospitalized patient" *Clinics in Plastic Surgery*. 25(3):425-31, julio 1998.
18. Klekamp J. Spengler DM, McNamara MJ. Risk factors associated with methicillin-resistant staphylococcal wound infection after spinal surgery. *Journal of Spinal Disorders*. 12(3):187-91, 1999 Jun.
19. Varghese ML, Balin A.K.; Carter M, Caldwell D.: Local Environment of Chronic Wounds Under Synthetic Dressings. *Arch Dermatol* 122: 52, 1986.
20. Hutchinson J.T.; MC Guckin, M: Occlusive Dressings: A Microbiologic and Clinical Review. *Am J. of Infect Control* 18: 257, 1990.
21. Gagliardi E, Leoni H., Importancia de la higiene en el tratamiento de las heridas XXXI Congr Arg Cir Plast 2002.
22. Young, S. R., Dyson, M., Hickman, R., Lang, S., and Osborn, C. Comparison of the effects of semi-occlusive polyurethane dressings and hydrocolloid dressings on dermal repair: *J. Invest. Dermatol*. 97: 586, 1991.
23. Katz, S.; Mc Ginley, K.; Leyden, J.T.: Semipermeable Occlusive Dressing. *Arch Dermatol* 122: 52, 1986.
24. Thomas S. Alginate dressings in surgery and wound management *J Wound Caare*. 2000 Feb;9(2):56-60
25. Friedman SJ, Management of leg ulcers with hydrocolloid occlusive dressing. *Arch Dermatol* 1984 Oct;120(10):1329-36
26. Barnett SE, Varley SJ. The effects of calcium alginate on wound healing. *Ann R Coll Surg Engl* 1987 Jul;69(4):153-5.
27. Morykwas MJ, Argenta LC. Nonsurgical modalities to enhance healing and care of soft tissue wounds. *J South Orthop Assoc* 1997;6:279-88





Colgajo de Converse expandido para reconstrucción nasal total.

Caso clínico

Sebastián R. Gallo, Walter G. Huck, Ernesto Moretti

Servicio de Cirugía Plástica del Sanatorio Los Arroyos, de Rosario.

Correspondencia: Italia 1460, (2000) Rosario, Rep. Argentina.

E-mail: sebastiangallo@arnet.com.ar; doctormoretti@knett.com.ar

3^{er} Premio: V Jornadas para Médicos Residentes y Médicos en formación en Cirugía Plástica, Estética y Reparadora "Dr. José M. Robles"

Resumen

Exponemos el caso de una mujer de 68 años con epitelomatosis basocelular múltiple, que presenta epiteloma nasal, el cual había sido reseado en cuatro oportunidades y presentaba una nueva recidiva con compromiso de total del ala nasal derecha. Debido a la presencia de un injerto de piel total sobre el sector lateral derecho de la frente y a las múltiples cicatrices faciales posextirpación de epitelomas, se presentaba un real desafío reconstructivo, por lo cual se combinaron varias técnicas de colgajos e injertos para reparar el defecto. Se decidió expandir la frente para obtener piel para reconstruir totalmente la cubierta nasal.

Lo interesante del caso presentado fue el aprovechamiento máximo de la expansión cutánea de la región frontal para la realización del colgajo de Converse.

hecha por Sushruta Samhita (600 a.C.) en uno de los textos sagrados.¹

En nuestra era, la reconstrucción nasal total puede deberse a causa de amputaciones traumáticas o quirúrgicas, resultado del defecto creado tras la resección de una lesión neoplásica. La reconstrucción se basa en tres principios fundamentales:

1. El *primer principio* es establecer un diagnóstico preciso de la pérdida de sustancia (extensión tanto en superficie como en profundidad).
2. El *segundo principio* es reemplazar cada tejido por su mejor equivalente: los mejores equivalentes son cercanos o locales.
3. El *tercer principio* es respetar las subunidades estéticas. El concepto de unidades estéticas iniciado por González-Ulloa, ampliado por Millard y luego afinado en subunidades estéticas por Burget.²⁻⁵

Introducción

La reconstrucción nasal nace aparentemente en Asia, más precisamente en India, alrededor del 3000 a.C. Debido a que en la India la nariz era considerada órgano de respeto y reputación se utilizaba la amputación o mutilación nasal como castigo social. La primera descripción de reconstrucción nasal por amputación fue

El fin de la reconstrucción nasal debe ser, por un lado, conseguir el mejor resultado estético y, por otro, proporcionar una vía aérea estable y humidificada. El punto de partida lo determina la necesidad de cobertura cutánea y reconstrucción de las estructuras rígidas de soporte o bien de la mucosa. Si la necesidad es de cobertura cutánea del total de la nariz o de los 2/3 proximal, se debe pensar en la utilización de un colgajo frontal.⁶⁻⁸

En la reconstrucción nasal total son tres las estructuras

anatómicas requeridas:

1. Suficiente cobertura externa cutánea.
2. Esqueleto que garantice la estructura y soporte nasal.
3. Adecuado forro interno que garantice la permeabilidad de la vía aérea.

Varios autores proponen la reconstrucción nasal combinando colgajos e injertos. Entre ellos, Ortiz Monasterio combina la utilización de colgajos locales como nasolabiales,² colgajos de mejilla o glabellares junto a injertos óseos y cartilagosos, y el colgajo frontal como cobertura cutánea de elección. Burget y Menick proponen la reconstrucción mediante varios pasos que incluyen: (a) avance anterior del colgajo compuesto condromucoso septal, (b) injerto del octavo cartílago costal unido mediante alambre a los huesos nasales remanentes, (c) colgajos de mucosa del colgajo septal, que se transponen caudalmente para recrear la mucosa vestibular junto a colgajos nasolabiales volteados, (d) injerto de cartílago conchal del que se obtienen mediante tallado varios fragmentos destinados a punta, colmuela y a los alares y finalmente, para la cobertura externa de los cartílagos, realizan un colgajo frontal.⁵⁻⁷

Caso clínico

Paciente de 68 años, italiana, piel blanca y ojos claros, portadora de *epiteliomatosis basocelular múltiple*, que consulta por una lesión en región nasal con diagnóstico de epiteloma basocelular, el cual había sido resecado en cuatro oportunidades y presentaba una nueva recidiva. Dicha lesión compromete el espesor total de la nariz e involucra punta, ala nasal, triángulo blando y cara lateral derecha de las subunidades estéticas, según Burget. Además presenta múltiples cicatrices faciales por resecciones de lesiones: injerto de piel en región frontal derecha, injerto de piel en región preauricular izquierda, pérdida del pabellón auricular derecho, cicatriz de colgajo de Limbert en cuello y ectropión cicatrizales bilaterales (Fotos 1 y 2).

Siguiendo el algoritmo de reconstrucción nasal de Mason, publicado en *Am J Surg* 1979;138:528, y los lineamientos de Ortiz Monasterio, Burget y Menick, entre otros, los cuales proponen la reconstrucción nasal combinando injertos y colgajos (con algunas variantes debido a las características de nuestra paciente) se decide realizar un colgajo de región frontal para la cubierta nasal. Debido al injerto cutáneo que presenta la paciente en región frontal derecha se decide realizar expansión tisular previa, por lo que se coloca un expansor



EPITELIOMA NASAL, OTRA LESIÓN EN REGIÓN MASTOIDEA. INJERTO DE PIEL EN REGIÓN FRONTAL, CICATRIZ DE LIMBERT EN CUELLO. FALTA DE PABELLÓN AURICULAR.



EPITELIOMA NASAL QUE INVOLUCRA TODO EL ESPESOR NASAL Y VARIAS SUBUNIDADES ESTÉTICAS.

tisular rectangular de 85 por 50 cm, el cual se lo expande al 80% en 2 meses (Foto 3).

La expansión de la piel de la frente se ha propuesto en reconstrucción nasal porque proporciona un colgajo flexible que es más largo, que permite el cierre primario fácil del área dadora. Además, otorga una piel más fina, que mejora notablemente el resultado estético final.⁹⁻¹¹

Luego de 2 meses de expansión, se realiza la resección de la lesión, creando un defecto secundario que involucra toda la cubierta nasal y los cartílagos alares y triangulares, incluyendo mucosa nasal. El informe intraoperatorio de la biopsia por congelación indicaba epitelio-ma basocelular con márgenes libres confirmado luego por el estudio diferido.

Para la reconstrucción del forro nasal se realiza un colgajo de surco nasogeniano rotado 180° sobre el cual se apoya el injerto de cartílago auricular (tomado de concha auricular izquierda). El defecto de este colgajo se cierra tipo v-y (Foto 4).

El defecto que queda en el dorso y en la pared lateral nasal derecha se cubre con un colgajo condromucoso septal como propone Burget (Foto 5).

Millard describe la utilización de un colgajo septal, aumentando el ángulo nasal. Posteriormente Burget lo emplea como colgajo compuesto para proporcionar mucosa y soporte dorsal mediante su pivotado anterior. Es posible movilizar el septo anterior completo sobre un pedículo de 1,2 cm de ancho, basado en la rama septal de la arteria labial superior.²⁻⁵

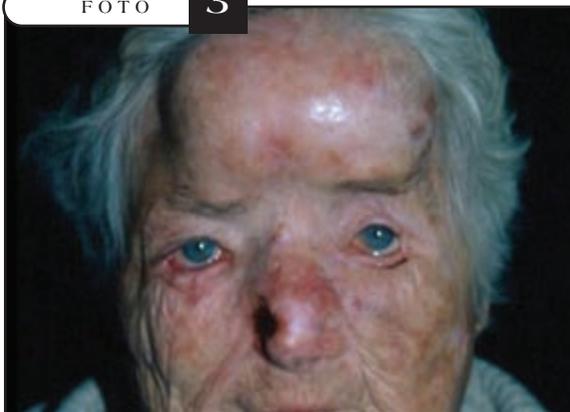
Una vez reconstruido el forro y el soporte nasal, el colgajo frontal es levantado desde una incisión de inicio coronal, justo por debajo de la arteria temporal superficial, extendiéndose a región frontal contralateral y pasando por el borde interno del injerto frontal, sin involucrarlo (Foto 6). El músculo frontal no se levanta en el extremo distal del colgajo, pero el resto del pedículo se disecciona en el plano subgaleal.⁶⁻⁷

La zona dadora no se cierra, se coloca una gasa con rifocina. El colgajo se mantuvo conectado a su pedículo durante 3 semanas (Fotos 7, 8 y 9).

Luego de 21 días se secciona el pedículo; éste se utiliza para el cierre del defecto frontal, que se completa con la simple movilización de cuero cabelludo. En la misma intervención se corrigieron los ectropiones cicatrizales con injerto compuesto de piel y cartílago auricular.

FOTO

3



EXPANSIÓN FRONTAL A LOS 2 MESES.

FOTO

4



RECONSTRUCCIÓN DE ALARES CON COLGAJO DE SURCO NASOGENIANO.

FOTO

5



CIERRE DEL DEFECTO DE DORSO CON COLGAJO DE BURGET.



TALLADO DEL COLGAJO FRONTAL



POSTOPERATORIO INMEDIATO, DONDE SE OBSERVA CON LA GASA CON RIFOCINA EN LA ZONA DADORA, EL COLGAJO CONECTADO A SU PEDÍCULO Y EL ENTROPIÓN CICATRIZAL BILATERAL.



VISTA INFERIOR



VISTA PERFIL



FRENTE. ASPECTO FINAL POSTOPERATORIO A LOS 4 MESES CON CORRECCIÓN DE AMBOS ECTROPION CICATRIZALES CON INJERTOS COMPUESTOS CÓNDROR-CUTÁNEOS



VISTA TRES CUARTOS PERFIL.

Resultados

La combinación de varias técnicas para la reconstrucción de todos los componentes nasales logra un resultado estético y funcional excelente. La seguridad que da este colgajo permitió, al cabo de 2 meses la reinserción de la paciente a su vida social (Fotos 10 y 11).

Conclusiones

La cirugía de resección tumoral nos sigue planteando día a día numerosos retos a los que el cirujano plástico debe atender y dar solución. Debemos aprender a aplicar la indicación quirúrgica precisa en cada caso, ya que no debemos permitir una nueva recidiva. Elegir correctamente la indicación terapéutica es determi-

nante para la calidad de la reconstrucción. Para esto hay que respetar los tres principios básicos enunciados en la introducción del trabajo.

La región más segura, confiable y que aporta mayor cantidad de tejido es la frente, para la reconstrucción total o casi total de la nariz. La descripción original de Converse (colgajo de cuero cabelludo) data de 1942,¹² que luego modificaría en 1959¹³ y en 1969,¹⁴ sigue hoy en plena vigencia.

Debido a que esta zona estaba comprometida por el injerto frontal, la expansión frontal nos permitió obtener el suficiente tejido para la reconstrucción nasal. La expansión es un recurso a tener en cuenta siempre; no solo tiene morbilidad mínima o nula, sino que reduce la morbilidad de la técnica a utilizar, en este caso la de Converse.

Bibliografía

1. Fritz E. Barton, Jr., Nasal Reconstruction. SRPS Volume 7, N° 13, 1-33.1994.
2. Scott L. Spear, Stephen S. Kroll, and Sharon Romm. A New Twist to the Nasolabial Flap for reconstruction of Lateral Alar Defects. Plastic and Reconstructive Surgery. June 915-920, 1987.
3. Burget, G. D., Menick, F. J. The subunit principle in nasal reconstruction. Plast. Reconstr. Surg. 76:239, 1985.
4. Burget, G. C., Menick, F. J. Nasal support and lining: the marriage of beauty and blood supply. Plast. Reconstr. Surg. 84:189, 1989.
5. Burget G. C., Menick F. J. Nasal reconstruction: seeking a fourth dimension. Plast. Reconstr. Surg. 78:145, 1986.
6. Converse JM (Ed): Reconstructive Plastic Surgery, 2nd Ed. Philadelphia, Saunders, 1997. Vol 2, Ch 29.
7. Converse JM: Reconstruction of the nose by the scalping flap technique. Surg Clin North Am 39:335, 1959.
8. Menick FJ. A 10-year experience in nasal reconstruction with the three-stage forehead flap. Plast Reconstr Surg. 2002 May; 109(6):1839-55.
9. Bolton L. L.; Chandrasekhar B.; Gottlieb M. E. Forehead expansion and total nasal reconstruction. Annals of Plastic Surgery. 1988, vol. 21, no3, pp. 210-216.
10. Apesos J., Perofsky HJ The expanded forehead flap for nasal reconstruction. Ann Plast Surg. 1993 May; 30 (5):411-6
11. Bolton LL, Chandrasekhar B, Gottlieb ME Forehead expansion and total nasal reconstruction. Ann Plast Surg. 1988 Sep; 21(3):210-6.
12. Converse JM: New forehead flap for nasal reconstruction. Proc R Soc med 35:811, 1942.
13. Converse JM: Reconstruction of the nose by scalping flap technique. Surg Clin North Am 39:335, 1959.
14. Converse JM: Clinical applications of the scalping flap in reconstruction of the nose.



Acortando la cicatriz submamaria en la inclusión de Implantes

Abel Chajchir, Alejandra Peláez, Gustavo Chajchir

Centro Médico Barrancas, Buenos Aires

Resumen

En aquellos casos en los que la incisión submamaria fue la vía de abordaje para la inclusión de prótesis mamarias, realizamos la sutura del plano cutáneo de tal forma que acortamos la longitud de la herida.

Palabras clave: inframamaria, incisión.

Summary

When the inframammary approach was indicated for augmentation mastoplasty, the cutaneous suture was done in such a way that the initial long of the incision was reduced at least 1 cm.

Key words: inframammary, incision.

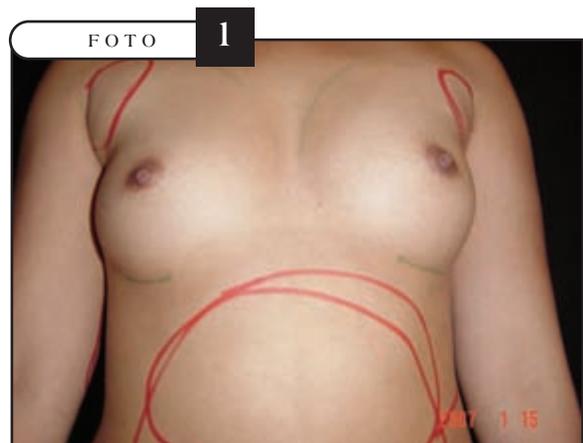
Introducción

Existen diversas vías de acceso para la colocación de implantes mamarios con fines de aumento. Cuando no es factible la vía periareolar, optamos por la vía submamaria, y para su cierre utilizamos una sutura continua que va disminuyendo, conforme se la realiza, la longitud inicial de la incisión.

Material y método

En todas las pacientes en las que se realizó la incisión submamaria con el fin de inclusión de prótesis, tomamos como medida el borde interno del complejo aréola-

pezón (CAP) (punto A). Desde allí se traza una línea vertical paralela al esternón en dirección al surco submamario, y el punto situado 1 a 1,5 cm por encima de éste corresponde al punto B, que determina el punto de inicio de la incisión. Desde B, hacia lateral, se traza una línea horizontal de 4 a 5 cm de longitud (punto C);



MARCACIÓN INICIAL.

entonces, la longitud total de la incisión está determinada por la unión del punto B con el punto C, como lo muestran las Fotos 1 y 2.

Una vez diseccionado el bolsillo, ya sea éste retropectoral o retroglándular, e incluido el implante, se cierra por planos. Al llegar al plano cutáneo se realiza una sutura continua de nylon 5/0 tratando de acortar la herida, lo que provoca el "fruncido" de la piel.



INTRAOPERATORIO, LUEGO DE LA INCLUSIÓN DEL IMPLANTE.



MEDICIÓN INICIAL 5,5 CM LUEGO DE LA INCLUSIÓN DEL IMPLANTE MAMARIO.



CIERRE DE LA HERIDA, LONGITUD FINAL 4,5 CM MAMA DERECHA.



MAMA IZQUIERDA. POSOPERATORIO INMEDIATO.

Resultados

Con esta técnica fue posible obtener el acortamiento de la cicatriz de por lo menos 1 a 1,5 cm.

No se registró ninguna complicación relacionada con la sutura de la herida.

Todas las pacientes quedaron conformes con los resultados obtenidos.

Discusión

El abordaje submamario está indicado para aquellas pacientes con ptosis leve, mujeres cuya actividad deportiva requiere la elevación del brazo, y en aquellas en las que no existe evidencia de cicatrices hipertróficas.

Ésta tiene la ventaja de un acceso directo al área retro-mamaria, sin la necesidad de incisiones glandulares.¹

Si bien la vía submamaria no es para nosotros la de elección, la utilizamos en ciertos casos:

- En pacientes con un CAP muy pequeño.
- Cuando la paciente rechaza la incisión periareolar.

No realizamos inclusión de prótesis por vía transaxilar ni periumbilical.

Preferimos la vía periareolar, independientemente del tipo de implante a utilizar, a pesar de que en la literatura existan recomendaciones referentes al tipo de implante y la vía de acceso.² La razón es que no deja una cicatriz visible y permite realizar un bolsillo ya sea retromuscular



o retroglándular con mayor facilidad; sin embargo, es probable que la sensibilidad del CAP disminuya con esta vía, aunque recientes estudios han demostrado que no existe ninguna diferencia al respecto entre la incisión submamaria y la periareolar.³ Confiamos en el estiramiento de la piel de forma progresiva y en que, con el paso del tiempo, las cicatrices sean cada vez menos notorias.

Conclusión

Cuando utilizamos el acceso submamario para la inclusión de prótesis, el cierre de la herida se hace por planos de la forma usual, y al llegar plano cutáneo acortamos la longitud de la herida, con una técnica sencilla, obteniendo una disminución de 1 a 1,5 cm respecto de la longitud inicial.

Bibliografía

1. Bowstwick J III. Tratado de Matoplastia, tomo 1, 2da edición, p. 258.
2. Takayanagi S, Nakagawa C, Sugimoto Y. Augmentation mammoplasty: where should the implant be placed. *Aesthetic Plast Surg* 2004;28(2):83-88. Epub 2004 Jun 1.
3. Mofid MM, Klastky SA, Singh NK, Nahabedian MY. Nipple-areola complex sensitivity after primary breast augmentation: a comparison of periareolar and inframmary incision approaches. *Plast Reconstr Surg* 2006;117(6):1694-1698.





Mastoplastia de reducción. Técnica con cicatriz en T reducida

Daniel Eduardo Castrillón*, Daniel Ernesto Matteo**

* Especialista Jerarquizado en Cirugía Plástica. Miembro Titular Sociedad de Cirugía Plástica de Buenos Aires.

** Cirujano Plástico. Miembro Titular Sociedad de Cirugía Plástica de Buenos Aires.

Correspondencia: Dr. Daniel E. Castrillón. Angel D'Elía 1439, (1663) San Miguel, Buenos Aires, Rep. Argentina. Tel.: (5411)4664-7765/7851.

Resumen

La hipertrofia mamaria se puede abordar con diferentes técnicas, las que se pueden clasificar según la cicatriz resultante. La finalidad de esta presentación es realizar una reducción mamaria con cicatriz en T reducida. Se trata de una práctica quirúrgica segura en cuanto a la vitalidad y sensibilidad del complejo areola-pezones. Deja buena forma y proyección a la mama, independientemente del tamaño de la hipertrofia.

Summary

Mammary hypertrophy can be approached from different techniques which can be classified according to the resultant of the scar. The aim of this technique is to carry out a mammary reduction throughout a reduced T-shaped scar. It is about a safe surgical practice with respect to the vitality and sensitivity of the areola-nipple complex, leaving the breast in good shape and projection independently of the size of the hypertrophy.

Introducción

La mama representa, sin lugar a dudas, uno de los atributos femeninos más importantes, símbolo de femineidad y belleza, que junto a los cambios culturales de la

actualidad generan la necesidad de presentar una imagen corporal deseada, sin olvidar las implicaciones fisiopatológicas de la gigantomastia.

La mastoplastia de reducción es una intervención quirúrgica que requiere una cuidadosa planificación preoperatoria. Exige reseca piel, tejido mamario, movilizar el complejo areola-pezones y lograr una perfecta reconstrucción. Se deben considerar la forma, el volumen, la simetría, la cicatriz y la sensibilidad, entre otros aspectos.

El trabajo que presentamos es producto de la práctica quirúrgica realizada a través de la experiencia de un significativo número de casos. La hemos empleado desde hace 20 años, en mamas grandes y gigantomastias. La recomendamos por su seguridad y sus buenos resultados funcionales y estéticos.

Hemos trabajado en esta técnica teniendo en cuenta fundamentalmente los conceptos de Schwartzmann (1930), Strömbeck (1960) y Skoog (1963), con 3 puntos sobresalientes:

1. Marcación con una plantilla fija de celuloide.
2. Maniobra de desepidermización del complejo areola-pezones.
3. Movilización del complejo mediante un colgajo monopediculado, horizontal, medial.

Material y métodos

Se analizan 168 casos, con distintos grados de hipertrofia mamaria, en el período comprendido entre enero de 2001 y diciembre de 2005. Se incluyen sólo mastoplastias primarias.

El rango de edad estuvo comprendido entre los 19 y los 75 años.

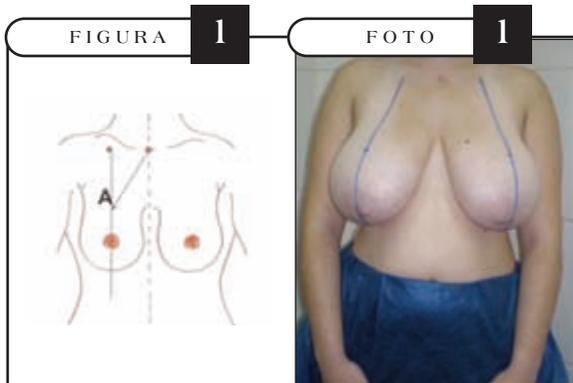
El tipo de anestesia en todos los casos fue general.

Técnica quirúrgica

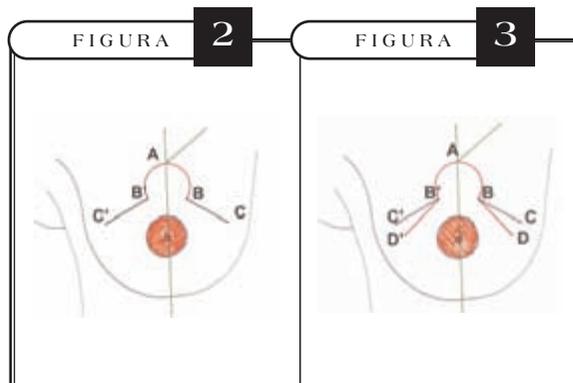
Marcación

Sin duda, éste es uno de los tiempos más importantes en la realización de una técnica de mamoplastia de reducción: la paciente debe estar en posición de pie.

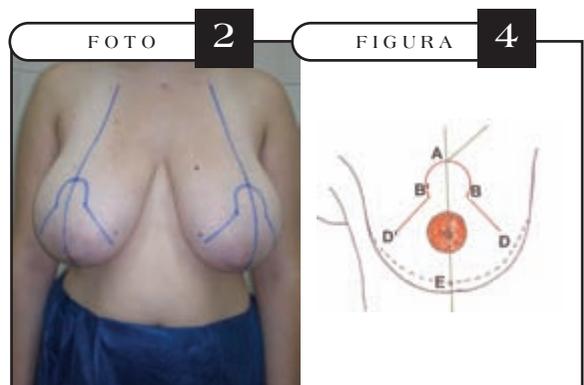
- Se marca el punto supraesternal (Figura 1).
- Se determinan los puntos hemiclaviculares, 6 a 7 cm del anterior (Figura 1).
- Los meridianos mamarios dividen la mama en dos partes iguales, no necesariamente pasan por el pezón (Figura 1, Foto 1).



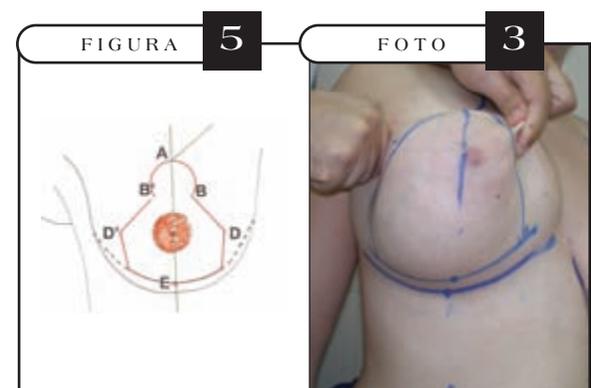
- Se traza una recta de 19 a 21 cm que une el punto supraesternal con los meridianos mamarios, donde se marca el punto A (Figura 1, Foto 1).
- En el punto A se ubica el borde superior del círculo de la plantilla de celuloide, y se procede a la marcación de su contorno, puntos B, B', C y C' (Figura 2).



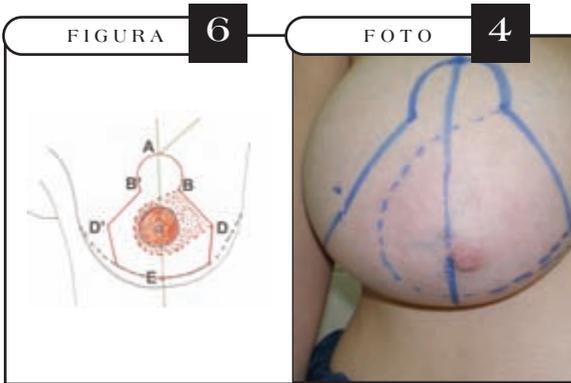
- Se marcan nuevos puntos (D y D') desde los puntos C y C', midiendo entre 1,5 a 3 cm hacia el meridiano mamario, acorde con la reducción deseada (Figura 3).
- Se trazan rectas del punto B al D y del B' al D', de 5 cm (Figura 3, Foto 2).



- Se puntea una línea, paralela al surco submamario, 1 a 3 cm sobre él, marcando un punto en la unión con el meridiano mamario (punto E) (Figura 4).
- Se traza una recta del punto D a la línea submamaria, cuya longitud debe ser igual a la distancia entre esta intersección y el punto E (Figura 5).



- Se realiza igual procedimiento en el hemisurco submamario externo, punto D' a línea submamaria (Figura 5, Foto 3).
- Finalmente se marca el colgajo, que incluye el complejo areola-pezón, cuya base es la prolongación del pedículo medial (Figura 6, Foto 4).



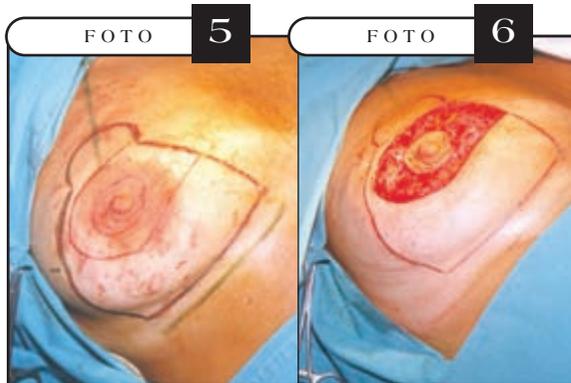
Procedimiento quirúrgico

Preparación

- Compresión circular de la base mamaria con lazo.
- Marcar areola con areolótomo.
- Incidir epidermis de toda la marcación mamaria. (Foto 5).

Tallado del pedículo medial

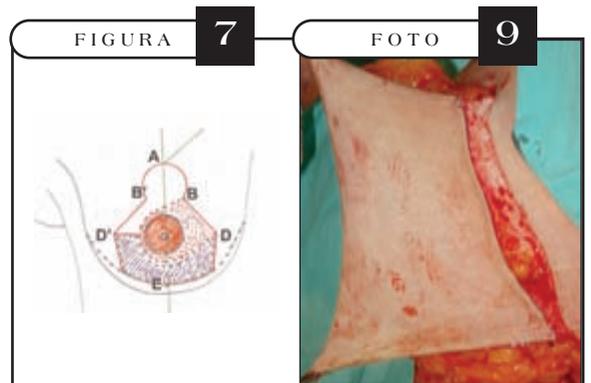
- Desepidermizar el pedículo mediante maniobra de Schwartzmann (Foto 6).



- Incidir el borde desepidermizado en forma perpendicular seccionándolo en todos sus límites, separándolo completamente del pedículo lateral (Foto 7).
- Levantar el pedículo de distal a proximal con un espesor de 1,5 a 2 cm mediante maniobras atraumáticas y envolver suavemente con gasas húmedas (Foto 8).

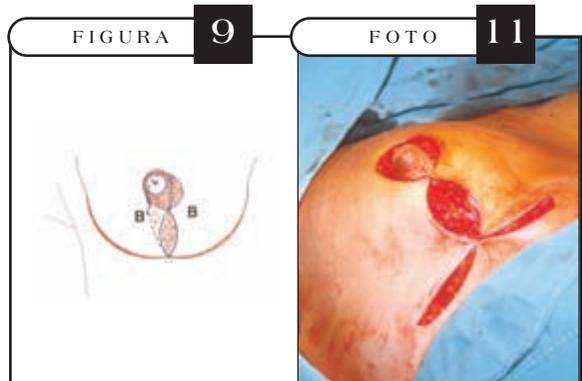
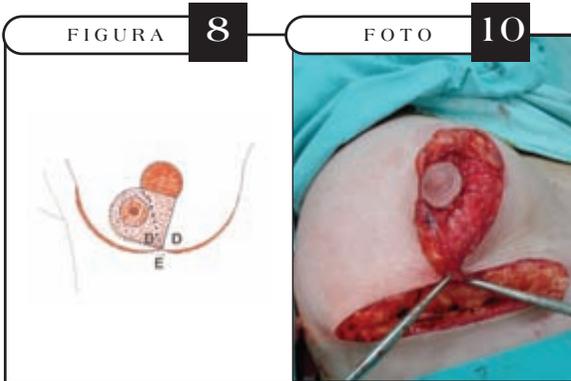
Resección del polo inferior mamario

- Exéresis de piel entre los puntos A, B, B' y D' (Figura 7, área blanca).
- Resección cuneiforme de tejido mamario en esta área, donde asentará el pedículo medial, con el complejo areola-pezón.
- Resección en bloque de la pastilla dermo adiposa glandular del polo inferior, desepidermizando 1 cm a lo largo del surco submamario (Figura 7, Foto 9).
- Reducción de la proyección externa de la mama mediante la resección del tejido mamario, afinando así el pedículo lateral.
- Control satisfactorio de hemostasia.

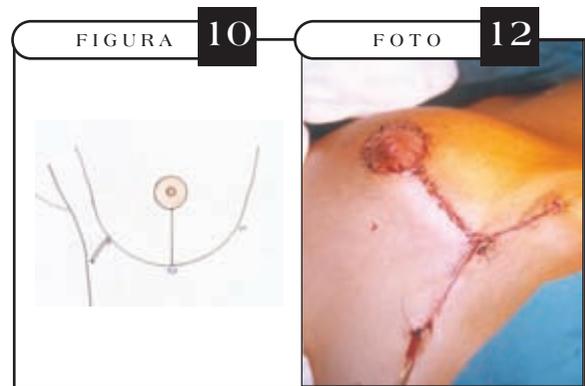


Armado mamario

- Sutura media inferior en línea submamaria que une los puntos E D y D' (Figura 8, Foto 10).



- b. Sutura media superior que une los puntos B y B', con rotación hacia arriba del pedículo que porta al complejo areola-pezones, emergiendo por su nueva ubicación (Figura 9, Foto 11).
- c. Fijación de la areola, sin tensión con puntos cardinales y sutura con puntos de Blocker (Figura 10, Foto 12).
- d. Armado y proyección del tejido mamario mediante puntos reabsorbibles.
- e. Sutura vertical con guarda griega de los colgajos en la línea media (Figura 10, Foto 12).
- f. Sutura submamaria en dos planos, piel con intradérmica (Figura 10, Foto 12).
- g. Tubo de drenaje aspirativo de silicona que sale por extremo lateral de sutura horizontal (Figura 10, Foto 12).



Complicaciones

- Necrosis del complejo: 0 caso.
- Epidermólisis parcial de la areola sin lesión del pezón: 1 caso.
- Pérdida de la sensibilidad areola-pezones: 1 caso.
- Hipoestesia areola-pezones: 1 caso.
- Hematoma: 2 casos.
- Seroma: 0 caso.
- Dehiscencia de la herida: 4 casos.

Discusión

Después de emplear esta técnica durante 20 años, se destaca la seguridad que le confiere el seguimiento de las pacientes a corto, mediano y largo plazo. Un grupo pequeño de pacientes manifestó alteraciones transitorias de la sensibilidad durante los primeros 6 meses del posoperatorio. Con esta técnica se puede obtener buen resultado estético con seguridad en la vitalidad de los tejidos sin recurrir a grandes cicatrices, en un solo tiempo quirúrgico.

Presentación de casos (Fotos 13 a 22)

Caso 1

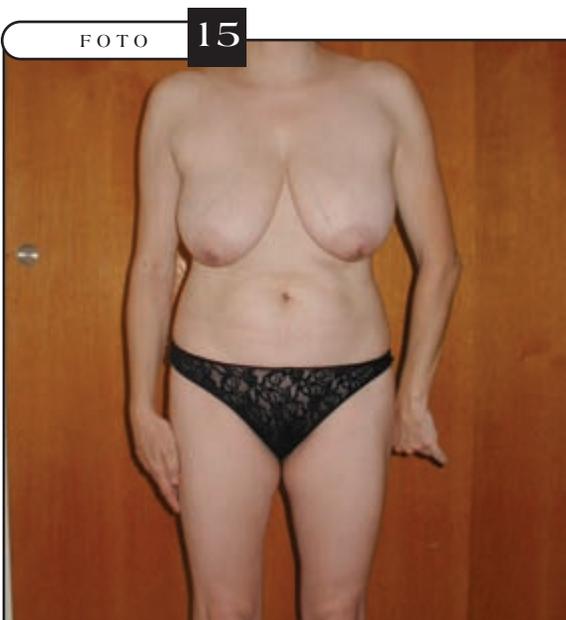


PREOPERATORIO.

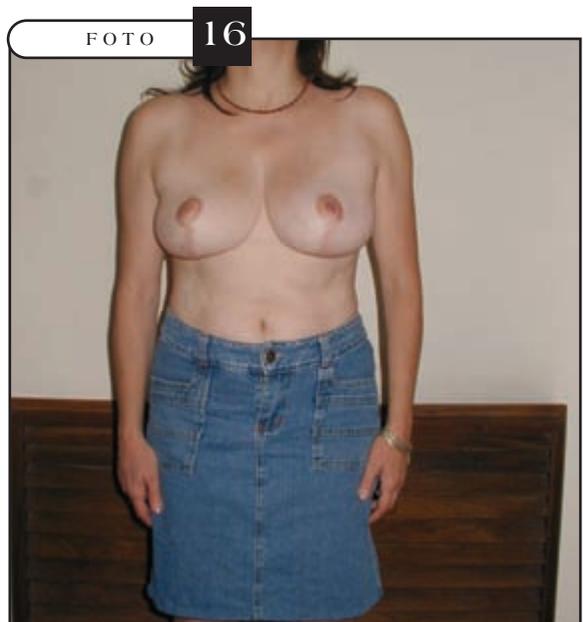


POSOPERATORIO.

Caso 2



PREOPERATORIO.



POSOPERATORIO.

FOTO 17



PREOPERATORIO.

FOTO 18



POSOPERATORIO.

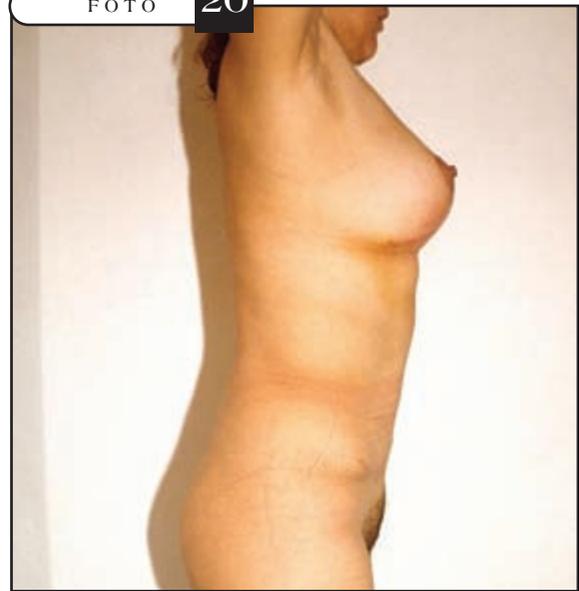
Caso 3

FOTO 19



PREOPERATORIO.

FOTO 20



POSOPERATORIO.

Caso 4



PREOPERATORIO.



POSOPERATORIO.

Confección de la plantilla

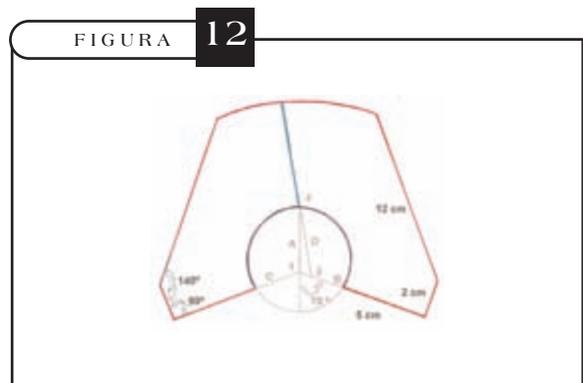
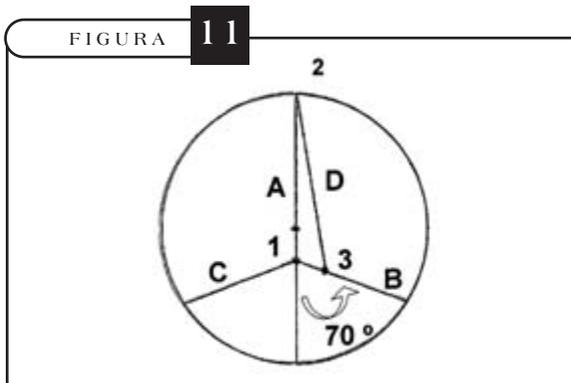
Para una más fácil comprensión, la graficaremos en dos etapas:

1^{ra} Marcas dentro del círculo (Figura 11)

- Se realiza un círculo de 5 cm, donde se traza una línea mediana (A).
- Se marca un punto 5 mm debajo del centro (1); y otro punto en el extremo superior de esta línea (2).
- Desde el punto 1 se trazan dos rectas a derecha e izquierda de la línea A en un ángulo de 70 grados cada una (B y C).
- Sobre la línea B a 5 mm. Del punto 1 se marca un tercer punto (3).
- Se une el punto 2 con el 3 formando la línea D.

2^{da} Prolongación de las líneas fuera del círculo (Figura 12)

- Se continúan las rectas B y C, 5 cm por fuera del círculo.
- Se trazan, al final de éstas, dos líneas perpendiculares de 2 cm de largo.
- De ellas nacen dos rectas, de 12 cm de longitud en un ángulo de 140 grados, que se unen entre sí por medio de una línea semicircular.
- Finalmente se prolonga la línea D, que finaliza en el borde semicircular superior anteriormente descrito. Esta línea D es la referencia que ubicamos sobre el meridiano mamario y nos da la orientación de la plantilla, para marcar su contorno. Se confecciona en celuloide.



Conclusión

Acorde con los resultados obtenidos, presentamos esta técnica como una alternativa a tener en cuenta en el momento de planificar la mamoplastia de reducción.

Bibliografía

1. Andrews J M, Yshizuki MMA, Martins DMSF, Ramos RR. An Areolar Approach to Reduction Mammoplasty. Br J Plast Surg. 1995; 28: 166.
2. Arie G. Una nueva técnica de mamoplastia. Rev Lat Am Cir Plast 1997;3:23.
3. Benelli L. Technique de plastic mammaire. Le Round Bloc. Rev Fr Chir Esthet 1988; 50:7.
4. Berrocal M. New Perspectives of the L Technique for Reduction Mammoplasty with High Peridural Anesthesia. En U.T. Hinderir, Plastic Surgery. Vol. II. Elsevier Science Publishers B.V. 1992; 617-8.
5. Bozola AR. Breast reduction with Short L Scar. Plast Reconstr Surg 1990;85(5):728-38.
6. Chiari A. The L Short Scar Mammoplasty: A new Approach. Plast Reconstr Surg. 1992; 90:233.
7. Farina M. Innervation of the Nipple Areola Complex. Plast Reconstr Surg. 1980; 66: 497.
8. Hollander E. Die Operation der Mamahypertrophie und der Hangebrust. Dtsch. Med. Wochenschr. 1924; 50: 1400.
9. Lassus C. Reduction mammoplasty with short inframammary scars. Plast Reconstr Surg 1986;77:680.
10. Lejour M. Vertical Mammoplasty and Liposuction. St Louis, Missouri. QMP, Quality Medical Publishing, Inc. 1994.
11. Mckissock PK. Reduction mammoplasty with a vertical dermal flap. Plast Reconstr Surg. 1971; 49:245.
12. Peixoto G. Reduction mammoplasty: a personal technique. Plast Reconstr Surg 1980;65:217.
13. Pintanguy I. Surgical Treatment of Breast Hypertrophy. Br J Plast Surg. 1967; 20: 78.
14. Pitanguy I. Mamoplastia de reducción. En: Coiffman F. Texto de cirugía plástica, reconstructiva y estética. La Habana: Editorial Científico-Técnica, 1987;t1:982-95.





Normatización de tratamiento FLAP

Desde que se creó el Centro de Referencia y Contrarreferencia Nacional para el tratamiento de niños con fisuras labio alveolopalatinas y malformaciones asociadas, en el año 2002, se logró mucho más de lo que se podía esperar en ese momento difícil de nuestro país, donde el problema mayor fue la inestabilidad económica, pero los integrantes que conformaron el Centro tenían la convicción y la decisión de comenzar a llevar adelante y cumplir con la misión encomendada por la Asamblea Extraordinaria del mes de noviembre del año 2001.

Cada uno de los colegas integrantes, trabajaron y aportaron mucho tiempo, ideas, materiales, para planear y realizar la primera campaña. La falta de dinero para costear las estadías y pasajes, la falta de insumos, de medicamentos, etc. en el lugar de la campaña eran grandes, pero eso no fue obstáculo para que cada uno de los participantes trabajara para conseguirlos (en hospitales, sanatorios, laboratorios); la Asociación de Anestesiología donó las drogas anestésicas y también se consiguieron donaciones de suturas, campos descartables, etc. Todo esto que hoy se resume en estas escasas palabras fue el producto de la inversión de muchas horas de labor (con asociaciones, laboratorios, visitantes médicos) pidiendo ayuda, dado que las horas invertidas en largas esperas en el Ministerio de Salud Pública no daban ningún fruto y las autoridades de la Provincia a la que se concurrió tampoco la aportaban. La SACPER, que en ese momento tenía como presidente al Dr. Osvaldo Cudemo, costó los pasajes y la estadía de todos los profesionales que concurrieron a la primera campaña solidaria. Ésta se realizó del 18 al 21 de septiembre de 2002 en la ciudad de Resistencia, Pcia. de Chaco, en el Hospital de Niños "Dr. Avelino Castelán", donde se contó con el apoyo, organización local y el esfuerzo de los Dres. Jorge Ferreira y Dante Masedo. Tanto la Dirección Médica como el personal médico y paramédico prestaron toda su colaboración. A esa primera campaña concurrieron las Dras. Susana Ruiz, María Nagahama, Martha Mogliani, Pilar Sánchez (cirujanas plásticas); la Dra. María Almiral (anestésista), la Dra. Susana Castro (odontóloga) y la Lic. Claudia Simon (fonoaudióloga). Se prestó asistencia a un total de 24 niños, de los cuales 9 pudieron ser intervenidos quirúrgicamente y los restantes quedaron con tratamientos médicos, odontológicos, fonoaudiológicos. Además, se

dieron charlas de cada una de las especialidades que intervienen en esta patología.

Del 24 al 27 de octubre de 2002 se realizó la primera campaña a Santiago del Estero, donde se operó a 19 niños, quedando 20 con tratamiento clínico, odontológico y fonoaudiológico. Allí asistieron los Dres. Rodolfo Rojas, Paulina Iwanyk, Carlos Perroni, Ernesto Traine, Sergio Polichela (cirujanos plásticos); los Dres. Osvaldo Bacigalup y Federico Dubarry (anestésistas); la odontóloga Dra. Lidia Pinola y la Lic. Adriana Pérez (fonoaudióloga).

Del 21 al 23 de septiembre de 2003 se realizó la primera campaña a Tucumán, donde fueron operados 12 de 20 niños evaluados, quedando 8 con tratamientos multidisciplinarios. Asistieron a la misma los siguientes profesionales: Prof. Dr. Pedro Dogliotti, Dres. Juan Carlos Rodríguez, Emanuela Nadal y Gloria Manassero (cirujanos plásticos), y las anestésistas Dres. Dora Komar y Ana Rotemberg. Se contó con la colaboración del presidente de la filial Dr. Miguel Ángel Corbella.

Del 31 de octubre al 3 de noviembre de 2003 se realizó la segunda campaña a Santiago del Estero, donde fueron operados 27 de 44 niños evaluados, quedando 17 en tratamiento clínico pediátrico fonoaudiológico y odontológico. Asistieron los cirujanos plásticos Dres. Paulina Iwanyk, Carlos Perroni, Ernesto Traine y Sergio Polichela; los anestésistas Dres. Osvaldo Bacigalup y Federico Dubarry, y la Lic. Adriana Pérez (fonoaudióloga). En esta oportunidad se completó la actividad con conferencias multidisciplinarias.

Del 5 al 8 de noviembre de 2004 se realizó la tercera campaña a Santiago del Estero, en la que fueron operados 28 de 45 niños evaluados, quedando 17 con tratamientos multidisciplinarios. Participaron en ella los Dres. Paulina Iwanyk, Ernesto Traine, Carlos Perroni y Sergio Polichela (cirujanos plásticos); los Dres. Osvaldo Bacigalup y Silvana Goyanes (anestésistas), y la Lic. Adriana Pérez (fonoaudióloga).

Del 21 al 24 de octubre de 2004 se realizó la segunda campaña a Tucumán, donde se operó a 11 niños de los 20 evaluados, quedando 9 en tratamiento multidisciplinario. Asistieron los Dres. Rubén Aufgang, Mirta Moreno, Carlos Perroni y Rodolfo Rojas (cirujanos plásticos); la Dra. Silvia Nievas (anestésista), la Lic. Silvia Jury (fonoaudióloga) y la Dra. Lidia Pinola (odontóloga). Se



contó con la colaboración del Dr. Hugo M. Belice (cirujano plástico), la Dra. Sonia del Valle Rosales (odontóloga) y la Lic. María E. Ovejero (fonoaudióloga).

Del 10 al 12 de noviembre de 2005 se llevó a cabo la primera campaña a la Pcia. de San Juan, donde se operaron a 13 niños de 90 evaluados. Asistieron los Dres. Rodolfo Rojas, Guillermo Franze, Martha Mogliani, Susana Ruiz y María Nagahama (cirujanos plásticos); la Dra. Elena Almiral (anestésista), la Lic. Ana Tamashiro (fonoaudióloga) y la Dra. Cristina Miyashiro (odontóloga).

En esta campaña a la provincia de San Juan se realizaron las "1ras. Jornadas Cuyanas Interdisciplinarias Teórico Prácticas de Fisura Labio Alvéolo Palatinas" y se inauguró el primer Centro de Referencia de la Región de Cuyo, gracias al tesón de los Dres. Marcelo Cortiñez Di Piazza y las Dras. Inés Garcés y María Elena García.

En 2005, durante los días 11 y 12 de marzo, se realizaron las **"1ras Jornadas Nacionales Interdisciplinarias para el tratamiento de niños con fisuras labio alvéolo palatinas"** en la Universidad Católica Argentina de la Ciudad de Buenos Aires. El invitado fue el Dr. Diego J. Wyszynski, reconocido genetista, residente en EE.UU., y la gran sorpresa fue la respuesta de la concurrencia y la necesidad de expresarse de todas las disciplinas que trabajan en esta patología, que mostraron tanto sus fracasos como sus éxitos y las dificultades que tienen para trabajar en sus lugares de residencia. Concurrieron más de 200 profesionales.

Se siguió trabajando intensamente año tras año. Del grupo original, por diferentes razones, algunos colegas dejaron el Centro y otros jóvenes cirujanos plásticos se incorporaron. Los profesionales del grupo que continuaron estaban convencidos que valía la pena seguir trabajando, con la idea de incorporar al Centro de Referencia y Contrarreferencia Nacional a todos los colegas que hicieran la patología, con la finalidad de unificar criterios de atención, poder realizar estadísticas, detectar zonas de riesgo y destacar la importancia del trabajo interdisciplinario.

Se trabajó muy arduamente, durante todo 2006, en la organización de otra Jornada en la que los temas principales fueran la normatización del diagnóstico y tratamiento de los niños FLAP, organizar la red de atención y, así, se realizaron las **"Segundas Jornadas Nacionales Interdisciplinarias de fisuras labio alvéolo palatinas"**.

Éstas se llevaron a cabo el 17 y 18 de noviembre de 2006, en Termas de Río Hondo, provincia de Santiago del Estero, donde se contó con el auspicio de las autoridades de la provincia.

En el acto inaugural estuvieron presentes el ministro de

Salud, Dr. Juan Carlos Smith; el intendente de Río Hondo, Luis Saleme; la presidenta de la Federación Argentina de Colegios y Asociaciones de Fonoaudiólogos, Rosa Dargoltz de Mondschein, y la Lic. Silvia Jury, quienes junto con el Dr. Rodolfo Rojas y el Dr. Carlos Madorrán -cirujano-, presidente del Comité Organizador Local, expusieron las necesidades a satisfacer para poder llevar a buen término estas campañas solidarias. El Comité Organizador Local estuvo integrado por los Dres. María Teresa Tenti de Volta (vicepresidente), Lelia Carolina Crámaro (secretaria), Nelly B. Centeno de Ortiz (tesorera) y, como vocales, los Dres. Carolina G. de Giraud, Nancy del Valle Tomatis, Claudio Martín Rojido, Marta Graciela Pece y Nilda Damián de Jerez. Concurrieron 165 profesionales (cirujanos plásticos, cirujanos pediátricos, odontólogos, anestésistas pediátricos, fonoaudiólogos, asistentes sociales, genetistas, etc.) en representación de once provincias. Durante el viernes 17 se efectuaron mesas de trabajos de cada especialidad y se confeccionaron normas de atención y tratamiento del paciente FLAP.

Conclusiones

Taller de cirugía

Coordinadora: Dra. Paulina Iwanyk

Secretario: Dr. Dante Masedo

Estuvo integrado por los Dres. Rodolfo Rojas, Carlos Madorrán, Carlos Perroni, Susana Ruiz, María A. Nagahama, Mirta Moreno, Sergio Polichela, Dante Masedo, Guillermo Franze, Ernesto Traine, Gustavo Abrile, Guillermo Luis Iturraspe, Inés Garcés, Luis Vega, Fernando Cordero, Andrés Ambrosi, Silvia Barrionuevo, Alfredo Calandra, Mario Milet, María Evangelina Unzaga, Aníbal Ojeda, Julio Pratesi, Lelia Cramaro, Carlos Pinto Silva, Alejandra Cejuela y Martha Mogliani.

Se arribó a las siguientes conclusiones:

1. El tratamiento del niño FLAP debe ser realizado por un equipo interdisciplinario compuesto por Pediatras, Odontólogos, Cirujanos Plásticos, Fonoaudiólogos, Servicio Social, Otorrinolaringólogos, Genetistas.
2. Se debe realizar tratamiento odontológico y foniatríco precoz (dentro de la primera semana de vida) y posterior a las cirugías.
3. Uso de placa obturatriz con tutor nasal o no, desde el primer día de vida.



4. Tratamiento quirúrgico primario

Paladar primario

Queilonasopalatoplastias unilaterales: cirugía a los tres meses de edad mediante técnica de Millard, con o sin modificaciones, u otras técnicas.

Queilonasopalatoplastias bilaterales: cirugía a los tres meses de edad con técnica de Millard, con o sin modificaciones, en un solo tiempo quirúrgico u otras técnicas.

Rinoplastias

Rinoplastias unilaterales: cirugía a los tres meses con suspensión alar juntamente con la queiloplastia.

Rinoplastias bilaterales: cirugía a los tres, a los cuatro años, elongación de la columela.

Fijación de la premaxila

Unilateral y/o bilateral: no se realiza en la cirugía primaria.

Maxiloplastia

Unilateral o bilateral: no se realiza en la cirugía primaria.

Periostoplastia

Unilateral o bilateral: no se realiza en la cirugía primaria.

Paladar secundario

Paladar secundario unilateral: completo e incompleto: a los doce meses de edad, cierre en un solo tiempo de paladar duro y blando con reposición (alargamiento).

Paladar secundario bilateral: cirugía a los doce meses de edad, cierre en un solo tiempo de paladar duro y blando con reposición, colgajo de vómer.

Fisura submucosa

Con clínica: veloplastia intravelar.

Sin clínica: no quirúrgico. Sólo requerimiento foniatrico.

Injertos óseos

No se realizan en la cirugía primaria.

1. El neonatólogo o cirujano plástico convoca al odontólogo para realizar la interconsulta.
2. El odontólogo toma la impresión lo más rápido posible con el aval del neonatólogo, confecciona la placa tipo Mc Neil, la instala y la controla.
3. El odontólogo convoca al fonoaudiólogo, quien da las pautas sobre alimentación y, si es necesario, al psicólogo para que brinde la contención al grupo familiar. Se contraindica el uso de sonda nasogástrica, salvo en casos específicos. Del mismo modo, se contraindica el uso de cintas adhesivas, salvo condiciones psicológicas de la familia que así lo requieran.

Pautas para la confección de la placa

1. *Toma de impresión:* cada equipo elige el material para la toma de impresión con el que mayor experiencia tenga; se sugiere utilizar siliconas y alginato o compuesto para modelar, según la experiencia del equipo.
2. *Confección de modelo:* es indispensable que sea realizado por el odontólogo teniendo en cuenta las siguientes premisas:
 - a) Encerar la zona de la fisura llevando a la forma ideal del paladar.
 - b) En los bilaterales debe abarcar todo el reborde alveolar, incluyendo la premaxila.
 - c) Realizar o no desgastes selectivos o cambio de placa para permitir el crecimiento por reabsorción y aposición según el criterio del equipo.
3. *Confección de la placa:* puede ser realizada por el odontólogo o el mecánico dental formado y supervisado por el odontólogo.
4. *Uso de la placa:* el odontólogo debe comunicar a la madre que la placa debe usarse durante las 24 horas en forma continua, retirándola sólo después de cada comida para su higiene y la de las mucosas del niño.
5. *Recambios de la placa:* se realiza cada quince días durante los primeros seis meses de vida, y cada treinta días a partir del séptimo mes y hasta el año. Deberán evaluarse condiciones particulares de cada paciente.
6. La placa deberá utilizarse hasta el día previo a la cirugía, y deberá ser colocada nuevamente lo antes posible (según decisión del cirujano).
7. *Tutor nasal:* pre- y posquirúrgico: su utilización dependerá del equipo.
8. Hasta los tres años de edad se llevará a cabo tratamiento odontológico preventivo general del paciente y el uso de aparatología según la necesidad del caso.

Taller de odontología

Coordinador: Dr. Carlos Albert Epstein

Secretarios: Dres. Jorge Espíndola y Mariana Rodríguez

Estuvo integrado por los Dres. Lidia Pinola, Susana Castro, Anahí Rodríguez, Nora Cano, Claudia Silvano, Roxana García, Claudio Grimberg, Florencia Mansilla, Liliana Díaz Moreno, María Celeste Fernández Castro, Fernanda Cundon, Leandra Farías, Romina Stefanelli y Cristina Miyashiro.

Ante el nacimiento de un niño con fisura las normas indicadas son:



Taller de pediatría

Pediatría

El pediatra del Comité tiene contacto con los pacientes desde recién nacidos hasta los 14 años o más.

Su función se divide en:

- Actividades de evaluación dentro del Comité.
- Actividades de relación con los pediatras de cabecera de cada paciente.
- Seguimiento de los niños en el pre- y posquirúrgico.

Sus funciones varían según las diferentes etapas de la vida:

Neonatología

- Contener a la familia que recibe al niño con una malformación.
- Conocimiento de la patología.
- Estimular la lactancia materna.
- Descartar el uso de sonda nasogástrica desde neonatología.
- Estimular los controles odontológicos desde recién nacido: uso de placa y recambios en tiempo y forma. Recordarlo en los diferentes controles.

Lactante

- Estimular los controles fonoaudiológicos: estimulación, masajes localizados y generalizados.
- Preparar al paciente para las futuras cirugías.
- Control junto con el pediatra de cabecera de ganancia de peso, control de anemia; con respecto a esto, dado que la primera cirugía debe realizarse a los tres meses, etapa de anemia fisiológica, se incorpora hierro desde el nacimiento para evitar suspensiones de la cirugía por anemia.
- Control de enfermedades intercurrentes como la otopatía mucosecretoria (OMA).

Escolar y adolescencia

- Insistir en el control fonoaudiológico periódico para el futuro ingreso escolar.
- Insistir con control odontológico: ortodoncia.
- Ayudar a la familia para incorporar al niño a la sociedad, escolarización, adolescencia, cualquiera sea el medio socioeconómico (rural, ciudad).
- Inicio laboral. No discriminación.
- Insistir en la necesidad del trabajo de todo el equipo. El tratamiento no termina en la cirugía, en lo estético, sino que también la función es importante.

Preparación para las diferentes cirugías (tanto en el prequirúrgico como en el posquirúrgico)

La preparación consiste en la solicitud de análisis de laboratorio y riesgo cardiovascular, la realización de una entrevista y confección de historia clínica con antecedentes para la cirugía, la explicación nuevamente de los alcances y necesidad de éstas; si bien esto se les explica a los padres desde la primera consulta, es bueno reiterarlo.

En el posoperatorio, se visita a los niños en la sala de internación y se trabaja el cambio con el grupo familiar y sobre la necesidad de continuar con los controles odontológicos y fonoaudiológicos.

Durante la internación se debe mantener informados a los pediatras de cabecera sobre las conductas a seguir con el niño, insistiendo en que, si bien es un niño con una malformación, la gran mayoría de ellos son intelectualmente normales y es raro que coexistan otras alteraciones. Se debe insistir en el control de crecimiento, aparición de patologías respiratorias altas y en la concurrencia periódica al comité y demás especialidades.

Taller de fonoaudiología

Se trabajó sobre las normas de atención de la especialidad. Para tal motivo se utilizaron las normas de diagnóstico y tratamiento de pacientes con fisura labio alvéolo palatina (FLAP) del Hospital de Niños "Sor María Ludovico", de La Plata, las cuales se encuentran publicadas en ASALFA, tomo 47 - N° 2 - 2001. Las normas serán aplicadas según las características y reglamentación de cada equipo.

Dentro de la metodología del taller, se completó una ficha de relevamiento (presentada por el Hospital Italiano de Bs.As.) de todos los participantes, para en un futuro crear una base de datos para la red nacional de profesionales que asisten a pacientes con FLAP.

El tratamiento se inicia lo más precozmente posible. Lo ideal sería desde recién nacido.

En esta etapa terapéutica, de elección, lo aconsejable es actuar sobre la alimentación del niño mediante indicaciones de técnicas adecuadas y la utilización de elementos específicos.

Se logra así, por un lado, una correcta estimulación funcional y, por otro, el adecuado aporte nutricional, con el cual el niño alcanzará el estado clínico óptimo para ser intervenido precozmente.

Paralelamente, se instruye a los padres en el proceso de estimulación del lenguaje y se canalizan las inquietudes que ellos planteen.



Cuando existe la posibilidad de trabajar en forma directa con el paciente, se inicia la terapéutica de manera sistemática, con el fin de lograr el desarrollo del lenguaje y la comunicación acorde a su edad cronológica, que le permita una fluida integración social.

Unidad de fonoaudiología

La función del fonoaudiólogo es de diagnóstico y tratamiento de las patologías de la comunicación y aporta, desde su perspectiva, los elementos tendientes a la resolución integral del caso tratado. Tiene en cuenta para ello las opiniones de los restantes especialistas.

En el primer contacto con el paciente se determina el diagnóstico fonoaudiológico presuntivo, y en las líneas generales se programan los estudios necesarios para llegar al diagnóstico diferencial.

De acuerdo con los resultados obtenidos, y por las características específicas de cada caso, se definirá el tipo de tratamiento:

- Sistemático
- Controles periódicos
- Relaciones con otros centros asistenciales.

Los estudios fonoaudiológicos comprenden:

1. 0 a 3 años, según el caso

- Audiometría a campo libre y/o lúdica
- Tester pediátrico
- Impedanciometría
- Prueba de función tubaria
- Potencial eléctrico auditivo
- Otoemisiones acústicas

Seguimientos y controles: 6, 12 y 18 meses y anualmente, según el caso

2. Diagnóstico de la función deglutoria

- Evaluación clínica: dependiendo del cuadro clínico
- Estudio videofluoroscópico de la deglución en equipo interdisciplinario con radiología

Diagnóstico de la función respiratoria

- Forma
- Tipo
- Ritmo
- Frecuencia

Diagnóstico de la competencia velofaríngea

- Evaluación clínica en función:
- Longitud
- Grosor
- Movilidad velar

- Videofluoroscopia de la competencia velofaríngea en equipo interdisciplinario con radiología.
- Endoscopia nasofaríngea.
- Estudio electromiográfico en equipo interdisciplinario con electromiografía.
- Diagnóstico del habla y articulación

3. Diagnóstico de las características de la voz

Evaluación de la función respiratoria: tipo y forma

- Evaluación fonoarticulatoria
- Evaluación funcional de la voz
- Altura
- Intensidad
- Timbre
- Resonancia
- Articulación

En equipo con servicio de ORL y endoscopia: nasofibroscopia y endoscopia, según el caso

4. Diagnóstico del lenguaje

- 0 a 12 meses:
área comprensiva
área expresiva

- 18 meses a 4 años y 6 meses:
comprensión
expresión
interiorización

- 5 a 6 años:
comprensión
expresión
pensamiento

- 7 años en adelante:
se agrega lectoescritura
tratamiento

A continuación, por orden alfabético de hospitales, se nombrarán a los siguientes representantes:

- Buenos Aires Capital, Hospital Federal, Sanatorio Municipal "Dr. Julio Méndez": Lic. Ana Beatriz Tamashiro.
- Buenos Aires, Hospital Italiano: Lic Adriana Pérez
- Buenos Aires, CMP Churrucá-Visca: Lic. Arasí y Lic. Silvina Elizabet Owen.
- Comodoro Rivadavia, Centro de Rehabilitación, Hospital Regional "Dr. Manuel Sanguinetti": Lic. Simunic Gabriela.



- Córdoba Capital, Hospital Materno Neonatal: Flga. María Inés Rodríguez Fabián
- La Plata, Prov. De Buenos Aires, Hospital Interzonal en Agudos "Sor María Ludovico": Dra. Silvia Jury
- La Rioja, Salud: Lic. Silvia Margarita Uribe
- Misiones, Hospital San Pedro y Hospital San Vicente Posadas: Sara Irene Tatarinoff
- Misiones, Posadas: María del Carmen Junghansa.
- San Juan, Hospital de Niños: María Carolina Balaguer.
- San Miguel de Tucumán, Fundación Gabina: María Gabriela Reinoso
- Tucumán, Jesús de San Marín: María Eugenia Quejo de Bazán
- San Miguel de Tucumán, Hospital del Niño Jesús: Lic. María E. Ovejero

Taller de psicopatología

La asistencia psicológica que se brinda al niño figurado y su familia comprende todo lo relacionado con la promoción y prevención de la salud mental en sus diferentes niveles: primaria, secundaria y terciaria.

Los trastornos emocionales que pudieran aparecer están dados por la malformación y las alteraciones que éstas conllevan, su vulnerabilidad biológica y psicológica, así como los diferentes riesgos psicosociales que la condición genera.

La tarea desde esta disciplina implica diversas intervenciones posibles, desde el ingreso del niño al Comité. De este modo es factible:

- Abordaje psicoterapéutico familiar frente al impacto del diagnóstico de malformación, para evitar quiebres narcisísticos de los padres ante la llegada de un niño que no cumple con el ideal imaginario.
- Establecer un tiempo de entrevistas de evaluación psicológica con el fin de delimitar la necesidad de abordaje terapéutico para alguno de los progenitores que no haya podido superar la situación traumática en juego.
- Con el devenir del crecimiento del niño y las exigencias sociales, mantener el acompañamiento acorde a:
 - Evitar situaciones de sobreprotección familiar, por ejemplo ante la fantasía o el temor a que sea rechazado.
 - Facilitar el desarrollo yoico del niño.
 - Favorecer la integración con sus pares.
 - Propiciar la atención individual frente a ciertas incapacidades del niño, aún no superadas, ya sean práxicas, verbales, estéticas, conductuales, etc. que pue-

dan poner en riesgo la calidad de sus relaciones interpersonales.

- Abordaje del caso particular en la medida que se constituyan síntomas neuróticos o reactivos.

La particular exigencia que demanda el prolongado tratamiento multidisciplinario (a veces años) lleva a la necesidad de un seguimiento psicosocial para tratar de evitar deserciones y probables secuelas psíquicas u orgánicas.

En relación con los aspectos específicos de la práctica del psicopatólogo, ésta alude a dos niveles:

Asistencial: determinada por la particularidad del caso (evaluación del desarrollo, psicoterapia, psicofarmacología, atención psicoprofiláctica ante las intervenciones quirúrgicas, contención y orientación a padres en situación de crisis, orientación escolar, etc.

Integrativa: formando parte del equipo interdisciplinario del Comité para la detección e intervención precoces, interviniendo desde la especificidad de la especialidad frente a la relación médico-paciente y reflexionando sobre las estrategias terapéuticas a realizar atendiendo a la singularidad de cada caso.

Taller de servicio social

- Se involucra desde el nacimiento hasta la adolescencia.
- Se ocupa de la problemática social familiar.
- Diagnóstico social, estrategias para hacer viable el tratamiento.
- Estudia factores que producen el abandono del tratamiento.
- Coordina redes extrahospitalarias y familiares para lograr la viabilidad del tratamiento.
- Potenciar la red solidaria entre las personas que comparten problemas iguales o similares para generar creatividad en la obtención de recursos.

Taller de genética

La tendencia en las distintas estadísticas marcan un preocupante aumento de estas malformaciones. Existen variantes en los diferentes lugares del mundo.

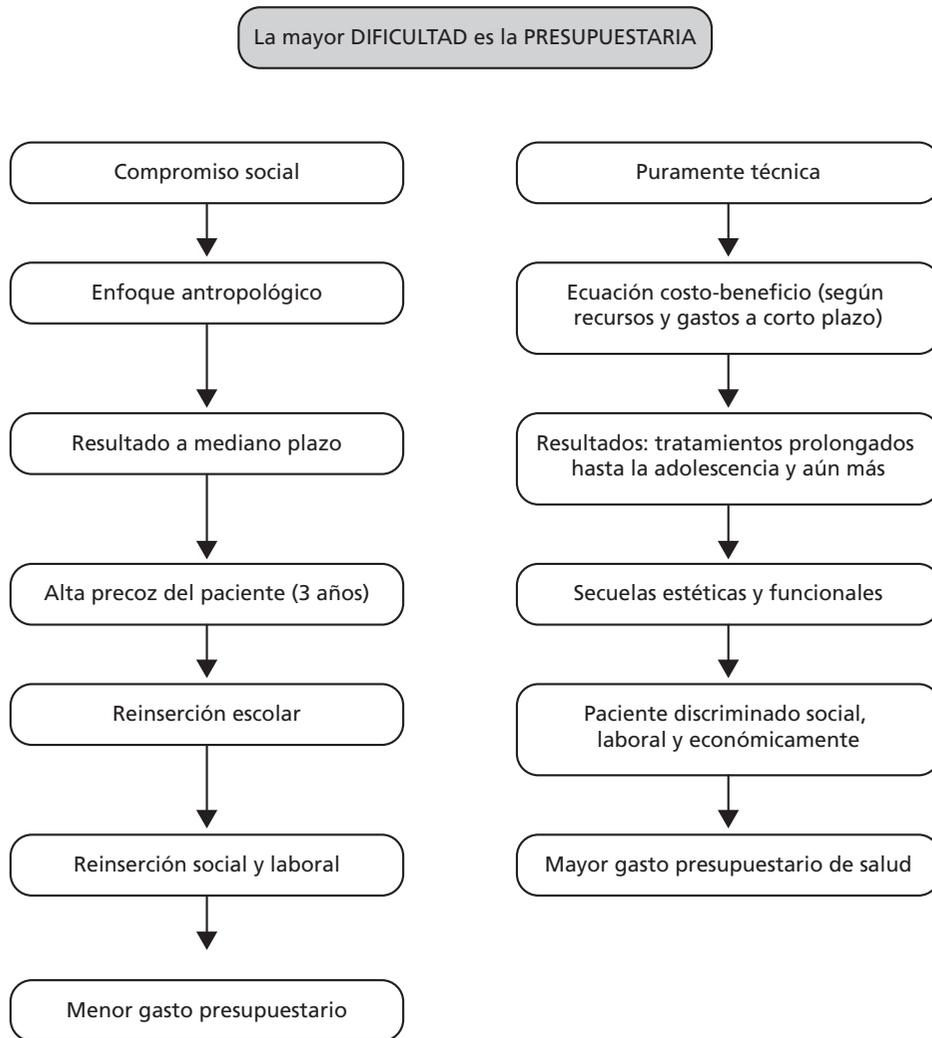
En Argentina no existen estadísticas a nivel nacional, pero se podría aproximar a 1 en 800.

Los factores determinantes, las alteraciones cromosómicas familiares (carácter heredo-familiar, que no supera el 20% del total de los FLAP), factores como malnutrición (déficit de ácido fólico), alcohol, tabaquismo,



estrés, medicamentosos como antiinflamatorios, corticoides, hormonas, etc.
El genetista confecciona una minuciosa historia clínica

buscando los antecedentes heredo-familiares, cuidados tocoginecológicos de la madre, alimentación, adicciones de ambos progenitores, etc.



Sólo resta agradecer a la Comisión del Centro de Referencia y Contrarreferencia Nacional todo el trabajo realizado hasta el presente, su constante preocupación y la dedicación de tantas horas de labor al compromiso que

asumieron, esperando que cada vez sean más colegas que quieran colaborar. Y agradecer a todos los que confiaron y a todos los colegas que colaboran en esta patología multidisciplinaria.



OBITUARIO

Dr. Eduardo Humberto Marino



AÑO 1974, AMA: ASUNCIÓN DE SU PRESIDENCIA. DE IZQUIERDA A DERECHA: DRES. JUAN CARLOS SEILER, EDUARDO RIZZO, SECRETARIA AMA, EDUARDO MARINO Y JUAN CARLOS PANIZZA.

Por el Dr. Paulino Morales

Hace muchos años, ya más de cuarenta, en aquel sitio de excelencia que significaba la Sala XV del Hospital Rawson, dirigida por el respetado maestro Dr. Diego E. Zavaleta, tuve la fortuna de conocer a un cirujano que ejercía la Cirugía Plástica con notable conocimiento, precisión, prolijidad y útil medida. Llevados por las condiciones mencionadas, comenzamos el aprendizaje de la Cirugía Plástica. Indudablemente, nuestra meta era seguir las enseñanzas del Dr. Eduardo Humberto Marino. Eduardo había nacido en Buenos Aires el 8 de sep-

tiembre de 1927, en una casa afín a la medicina mediante la actividad de su padre, el Dr. Humberto Marino, que acompañado por las condiciones de su madre, Doña María Lilia Lahitte, formaron a un chico vivaz y aplicado, que disfrutaba de sus vacaciones estivales en el campo familiar de Balcarce. Cuando llega el momento de elegir su profesión, la vocación lo lleva a estudiar Medicina, promoviéndose el 5 de junio de 1951.

El año 1952 ingresa a la mencionada Sala XV del Hospital Rawson. Allí transcurre por los distintos sectores, hasta completar una sólida formación en Cirugía General.



Durante ese tiempo, el Dr. Marino junto al actual Académico, Prof. Julio V. Uriburu conforman el equipo quirúrgico que asiste al Dr. Zavaleta en las numerosas ocasiones en que éste era requerido tanto en Buenos Aires como en el interior del país. Asimismo concurrió al Servicio del Dr. Eduardo Zancolli, donde realizaba disecciones anatómicas y cirugía de la mano.

En 1959, el Dr. Marino comienza su especialización en Cirugía Plástica, que completa con una estadía en Miami, EE.UU., junto al Dr. Ralph Millard. En 1960, el Dr. Zavaleta lo designa encargado del sector de Cirugía Plástica, donde su gran dedicación e infatigable actividad es acompañada de notable éxito. Forma especialistas y recibe cirujanos a los que mediante rotaciones temporarias transmite las bases de la especialidad. Describe y actualiza métodos y técnicas quirúrgicas. Desde 1969 hasta 1980 ejerce, con su conocido empeño, la jefatura del Servicio de Cirugía Plástica del Hospital Alemán. Su atención hospitalaria fue acompañada de una muy importante actividad privada, respaldada por una numerosa cantidad de pacientes que confiaban y sabían de sus conocimientos y buen trato. Fue presidente de la Sociedad Argentina de Cirugía Plástica, Estética y Reparadora en 1974 y Miembro Honorario Nacional desde el año 2000.

Las condiciones que hemos señalado en el Dr. Eduardo H. Marino fueron acompañadas por dedicación al estudio, respeto al paciente y una impecable ética profesional. Lo acompañan la memoria y el cariño de quienes lo conocimos.

Por el Dr. Juan Carlos Seiler

Dr. Eduardo H. Marino (1927 - 2007)

El día 1 de enero, falleció en esta Ciudad el Dr. Eduardo Humberto Marino, ilustre figura de larga trayectoria en nuestra especialidad, dejando un vacío para todos aquellos que lo secundaron y gozaron de sus enseñanzas.

Fue un trabajador incansable, dedicado de lleno a su tan querida cirugía plástica, con don de gentes y excelente trato con todos sus pacientes, tanto hospitalarios como privados, muy querido por ellos y sus amigos, por lo que su repentina desaparición dejó a muchos la tristeza de no haberlo podido acompañar en sus últimos días.

Recuerdo con nostalgia sus larguísimas "vacaciones de invierno", en las cuales había que prepararse, pues eran jornadas de 7, 8 o más operaciones por día, ¡incluso los sábados y el 9 de Julio!

De aquellos años, en los que le ayudábamos el Dr. Eduardo Rizzo y yo, una anécdota. Ya estaba en la mesa de operaciones del Sanatorio la paciente a la cual le iba a realizar una rinoplastia. Sorprendido, ve que tenía en la mucosa nasal las cicatrices de una plástica anterior, y le recrimina por qué no se lo había dicho. La paciente le contesta que no sabía que fuera importante. Al iniciar la infiltración anestésica de la nariz, con un repentino sobresalto, la paciente le pregunta por qué le pinchaba la nariz. Rápidamente, rescata la ficha preoperatoria, en la que decía el nombre, edad y plan operatorio. En ese momento, angustiado, se percató de que no era su paciente. Había concurrido para que le practicaran un curetaje biopsia de endometrio. Había ocurrido una confusión con el apellido, por parte del personal de la sala de reposo de Cirugía Ambulatorios. Se disculpó con la paciente y sus familiares, y la Sra., al saber que era el Dr. Eduardo Marino, le solicitó entusiasmada que le operara los párpados, con su esposo para nada entusiasmado.

El Dr. Marino, desde que se recibe de Médico en 1951, trabaja en la Sala 15 de Cirugía General, con la jefatura del Dr. Diego Zavaleta, y en 1957 ocupa la jefatura del Sector Cirugía Plástica de dicha Sala 15. Desarrolla una vastísima actividad quirúrgica hasta el año 1972, en el que pasa a desempeñarse como Jefe de Cirugía Plástica del Hospital Alemán, para después de 8 años retirarse de la actividad hospitalaria y dedicar todo su esfuerzo a la actividad privada.

A lo largo de su carrera profesional contribuyó con presentaciones a Sociedades Científicas, Congresos, Jornadas y Cursos, así como publicaciones de trabajos en revistas médicas de la especialidad

En su actividad Societaria, luego de ocupar diversos cargos en Comisiones Directivas, en 1973 es nombrado por sus pares Vicepresidente, y en 1974 Presidente de la Sociedad Argentina de Cirugía Plástica, efectuando entre el 1 y 7 de diciembre de ese año, en la ciudad de Mar del Plata, el IV Congreso Argentino y XVI Jornadas Rioplatenses de Cirugía Plástica.

Miembro Honorario Nacional de la Asociación Médica Argentina, Miembro Honorario de la Sociedad de Cirugía Plástica de Buenos Aires, Miembro Honorario Nacional de la Sociedad Argentina de Cirugía Plástica Estética y Reparadora y Miembro de los Órganos de Fiscalización de estas sociedades, integrante del Comité de Ética, Comité de ex Presidentes, son algunos de sus títulos, en su larga carrera médica de 50 años de intensísima labor.

Los que tuvimos el privilegio de estar a su lado, compartir sus tareas, absorber sus principios éticos y laborales, le damos el adiós al Maestro y Amigo de tantos años.



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.cirurgioplastica2007.com.ar

Secretaría Administrativa e inscripciones:

Catamarca 1573 PB - Rosario - Pcia. de Santa Fe -
Argentina. Tel: 0341-4352807
E-mail: congreso@cirugioplastica2007.com.ar
www.cirurgioplastica2007.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.

◆ Comité de Registro de Implantes de la Federación Iberolatinoamericana de Cirugía Plástica

Director: Ricardo Díaz-Guillén
Subdirector: Manuel García Velasco
Vocal: Marcelo Marín

El Comité de Registro de Implantes de la FILACP se creó por la necesidad de vincular a las Sociedades Nacionales pertenecientes a ésta con un programa de las Sociedades de la Federación Europea de Cirujanos Plásticos, destinado a crear una cultura en el control de calidad de los implantes mamarios con la garantía de los propios cirujanos plásticos, ya que somos propensos a creer en todo lo que nos dicen los fabricantes. Este grupo se conoce por sus siglas en inglés como EQUAM (The European Committee for Quality Assurance Medical Technologies and Devices in Plastic Surgery), que ha sido cambiado a IQAM por la incorporación de países no Europeos; su objetivo es garantizar la calidad de las tecnologías médicas, los dispositivos y la seguridad de su uso en los procedimientos médicos en cirugía plástica. EQUAM fue establecido en 1992 por un grupo de cirujanos plásticos dirigidos por la Dra. Marita Eisenmann-Kleen, de Alemania, y Jean-Philippe Nicolai, de los Países Bajos, con el fin de tratar la seguridad en el uso del gel de silicón y de otros materiales de relleno en cirugía plástica. Los participantes en él son cirujanos plásticos, científicos, fabricantes y representantes gubernamentales involucrados en el desarrollo y la vigilancia de las tecnologías de avanzada, los dispositivos y las técnicas en el campo de la cirugía plástica.

Desde que IQAM formuló sus primeras declaraciones, la silicona ha continuado usándose ampliamente en la cirugía de aumento mamario; no se ha encontrado otra alternativa mejor. Estudios adicionales no han demostrado asociación alguna entre los implantes rellenos de gel de silicón y el cáncer de mama, ni ninguna otra enfermedad de tipo autoinmune. Tampoco han demostrado que causen efectos adversos al embarazo, al desarrollo fetal, a la lactancia o a la salud de los niños lactantes. Futuros cambios en la estructura o composición de los implantes deben ser bien evaluados. IQAM aprueba los implantes rellenos de gel de silicón para el uso clínico global y su disponibilidad sin restricción para



todas las pacientes.

IQUAM hace un llamado para el estudio clínico y científico de los implantes de mama recubiertos de titanium, y recomienda no usarlos antes de disponer de información científica y clínica propia. Algunos estudios demostraron que se liberan iones citoquínicos, los cuales son transportados a sitios remotos, como los nódulos linfáticos, hígado y bazo, y son capaces de causar esplenomegalia y granulomatosis visceral.

No existe nueva información por medio de la cual IQUAM pueda avalar la seguridad y eficacia de los implantes rellenos de hidrogel, y éstos han sido retirados del mercado del Reino Unido. También recomienda el retiro de los implantes rellenos de triglicéridos o de aceite de soya (Trilucent™), ya que descubrimientos de laboratorio indican la presencia de un material potencialmente peligroso en los componentes de degradación de esta sustancia.

El propósito de los implantes mamarios es mejorar la condición física y mental de las pacientes. El aumento mamario debe ser efectuado de acuerdo con la necesidad de la paciente y la compatibilidad individual de cada caso.

IQUAM cree que es importante advertirles a las pacientes el peligro potencial y los riesgos de los implantes de mama, la posible necesidad de una reoperación, así como los beneficios de la cirugía de aumento y reconstrucción mamaria. Una detallada información y una forma de consentimiento operatorio debe de ser proveída y discutida con el paciente previo a la cirugía y dar un periodo razonable de tiempo después de la consulta para la comprensión y evaluación de la información por parte del paciente antes de decidir el día de la cirugía.

Es recomendable posponer la cirugía de aumento mamario hasta después de cumplidos los 18 años de edad, a menos que esté indicado médicamente.

A las pacientes con aumento mamario se les debería realizar un seguimiento regular, preferiblemente por el cirujano que la operó. No ha sido definido un período definitivo de tiempo acerca de la longevidad de los implantes de mama, y la rutina de reemplazo de éstos no es obligatoria.

Otro aspecto importante ha sido la implementación del Registro Nacional e Internacional de Implantes Mamarios (IBIR), promovido por EQUAM desde su Declaración de Consenso en junio de 1998. IBIR está funcionando muy bien, y las estadísticas de incidencia y factores de

riesgo no han demostrado complicaciones a corto plazo. IQUAM considera que los registros de los implantes mamarios son cruciales para monitorear y documentar la seguridad de los implantes de mama y aprecia su importancia para garantizar a las mujeres la confiabilidad de su uso. Las autoridades nacionales de Salud y las Sociedades de Cirugía Plástica deberían estimular a sus cirujanos plásticos para que participen en el registro nacional y en el IBIR. Fundaciones públicas y otros recursos deberían estar disponibles para su desarrollo futuro e IQUAM recomienda que éste sea obligatorio.

Para los países de habla hispana se está desarrollando la forma en español, por lo que el objetivo de este Comité es exhortar a todas las sociedades nacionales pertenecientes a la FILACP a implementar este mecanismo, dando ejemplo en este importante avance dentro de la cirugía plástica, e incorporar al Director de este Comité a IQUAM, para tener participación activa en esta organización y contar con información de primera línea que sirva a todos nuestros asociados. Actualmente mantenemos contacto con los doctores Morís Topaz y Manuel García-Velasco, Secretario General y Vicepresidente de IQUAM, respectivamente.

Dr. Ricardo Díaz-Guillén

Director

❖ **Curso Anual de Actualización en Cirugía Plástica 2007**

Informes: Secretaría de SACPER:

Av. Santa Fe 1611 - 3° piso - Ciudad de Buenos Aires

Tel: 4816-3757 / 0346

sacper@sacper.org.ar

www.sacper.org.ar

❖ **Curso Trienal**

Informes: Secretaría de SACPER:

Av. Santa Fe 1611 - 3° piso - Ciudad de Buenos Aires

Tel: 4816- 3757/ 0346

sacper@sacper.org.ar

www.sacper.org.ar



Sociedad de Cirugía Plástica de Buenos Aires

❖ **Asamblea General Ordinaria:** 20/03/07 - 20.00 hs (primer llamado) y 21.00 hs (segundo llamado) - AMA.

❖ 17/04/07: 21.00 hs - AMA: **Sesión Solemne Inaugural y de Cambio de Autoridades.**

❖ **XII Simposio Internacional de Cirugía Plástica "Siglo XXI". Hotel Hilton de Buenos Aires.**
19 y 20 de octubre de 2007.

❖ Otras Actividades Científicas

Curso Internacional Teórico Práctico Factores de crecimiento y células madre

Asociación Médica Argentina

30-31 agosto de 2007.

Director: Dr. Abel Chajchir

Coordinación: Dra. Iliana Benzaquen

Secretario: Dr. Gustavo Chajchir

Profesores invitados

Dr. Carlos Uebel (Brasil)

Dr. Jefferson Braga Silva (Brasil)

Dr. Ithamar Stocchero (Brasil)

Dr. Pedro Martins (Brasil)





Revista Argentina de Cirugía Plástica, Estética y Reparadora

Es el órgano oficial de la Sociedad Argentina de Cirugía Plástica. Estética y Reparadora, Asociación Civil. La solicitud de publicación de trabajos deberá dirigirse a Comité Editorial, Dra. Martha O. Mogliani; Av. Santa Fe 3401 - 17° C (1425) Buenos Aires. Tel: 4823-6139. E-mail: mmogliani@intramed.net.ar.

Consideraciones generales

Las decisiones relativas a la edición, revisión, aceptación o rechazo de los manuscritos serán tomadas por el Comité de Redacción en función de las recomendaciones realizadas por los revisores correspondientes. El Comité de Redacción tiene potestad para abreviar el artículo, reducir el número de ilustraciones o tablas o cambiar el formato. Los trabajos pueden ir acompañados por uno o más comentarios de colegas invitados si el Comité de Redacción así lo considerara. En cualquiera de estos casos se le comunicará al autor para su aceptación. Los artículos publicados pertenecen a la Sociedad Argentina de Cirugía Plástica, Estética y Reparadora y solo pueden ser reproducidos total o parcialmente en otras publicaciones con expreso consentimiento.

1. Preparación de manuscritos

Los trabajos se presentarán tipados a doble espacio, incluyendo leyendas de figuras, bibliografía y tablas, en papel DIN A4, en una sola cara. Se dejará un margen superior, inferior, derecho e izquierdo de 3 cm. Todos los trabajos se enviarán en español, con resumen en español e inglés, con dos copias. Se acompañará un disco magnético de 3'5 HD, con el texto procesado en Microsoft Word, etiquetado con el título del artículo y los nombres de los autores. Las ilustraciones no se incluirán en el disco. Se incluirá foto reciente en color del primer autor (opcional).

2. Página inicial

- Título completo del trabajo.
- Lista de los autores, incluyendo nombre, apellidos y

grado académico.

- Procedencia/centro de trabajo de los autores.
- Nombre y dirección del autor con el que se establecerá la correspondencia.
- Pie de página indicando posibles subvenciones o ayudas recibidas para la realización del trabajo

3. Resumen del trabajo

Aparecerá en la segunda página. Se podrá estructurar en secciones y contendrá entre 100 y 200 palabras. En el resumen no deben aparecer siglas, abreviaturas ni referencias bibliográficas. Al final del Resumen se incluirán no más de tres "palabras claves" utilizando la lista del Medical Subject Headings del index Medicus.

4. Cuerpo del trabajo

Se debe ajustar a las normas ortográficas y sintácticas de los idiomas español e inglés. El contenido debe ser claro, conciso, coherente y lógico. Se debe evitar el empleo de abreviaturas o siglas a no ser que sean de uso muy común. En este caso, la primera vez que aparezcan deberán colocarse entre paréntesis y el término a que se refieren se escribirá completo. Ejemplo: carcinoma basocelular (CBC). Las citas bibliográficas se incluirán en el texto numeradas en orden de aparición. El texto debe comprender los siguientes apartados:

A. Introducción. En ella se establecen las bases de conocimientos y el propósito del trabajo. Se incluirán tan sólo las referencias bibliográficas indispensables.

B. Material y métodos. Se describirán con detalle el material (pacientes o animales de experimentación), incluyendo criterios de exclusión e inclusión. Asimismo, se explicarán detalladamente los métodos y técnicas empleados en el desarrollo del trabajo. La metodología estadística utilizada también se detallará, incluyendo sistemas informáticos y programas de tratamiento de datos y estadísticas.

C. Resultados. Los datos cuantitativos se deberán incluir en tablas o gráficos para evitar sobrecargar el texto y se numerarán por orden de citación en el texto, debiendo



numerarse independientemente las Tablas y los Gráficos.

D. Discusión. En ella se comentan los hallazgos propios y se comparan los resultados con los obtenidos por otros autores.

E. Conclusión. Debe ser concisa.

F. Agradecimientos. Se citará el nombre de personas o instituciones que hayan colaborado en ciertos aspectos del trabajo: revisión, análisis estadístico, traducción, etc.

5. Bibliografía

Las referencias bibliográficas irán numeradas siguiendo el orden de aparición en el texto y serán exclusivas del tema central de la publicación. El estilo de las referencias será el siguiente:

- Artículos de revistas: Letterman GL, Schurter H: Corrección quirúrgica de la ginecomastia. Am J Surg 35: 322, 1969.
- Libros: Bostwick III. "Plastic and reconstructive breast surgery. Vol 1". St. Louis: Quality Medical Publishing, Inc., 1990. pp. 215-227.
- Capítulos de libros: Dellon AL. "Radical sensory nerve entrapment". En:

Operative nerve repair and reconstruction. Vol. II. Editor: Richard H. Gelberman. Ed. JB Lippincott Company, Philadelphia, 1991. pp. 1039-1051.

6. Ilustraciones

Las fotografías pueden ser remitidas en blanco y negro o en color. Las fotos en color serán publicadas sin ningún costo adicional para el autor. El tamaño aproximado será de 150 x 120 mm, bien contrastadas, enfocadas y no retocadas. Las que correspondan al "antes" y al "después" deben ser tomadas en la misma posición, distancia y luminosidad. Al dorso de la ilustración se adherirá una etiqueta en la que figurará una flecha

que indique la posición, el número de ilustración y el nombre del primer autor. En las microfotografías se incluirá una barra de escala. Los dibujos deberán ser realizados por profesionales, preferentemente en tinta china, y se enviará en original.

En página aparte, detrás de la bibliografía, se listarán las numeraciones y leyendas de las ilustraciones.

7. Tablas y gráficos

Se incluirán en hojas separadas, una por página.

A. Tablas: se presentarán sin sombrear y sin líneas interiores verticales ni horizontales. A su pie se explicarán las abreviaturas empleadas. A continuación se dispondrán el número (Tabla 1) y su título. Si se considera necesario se puede añadir un comentario a la tabla tras el título.

B. Gráficos: en el gráfico de barras se evitará el empleo de distintos tonos de negro/grises. Preferentemente se utilizarán distintos tipos de tramas. Se indicará siempre el rango de desviación de cada barra (1). A su pie se explicarán las abreviaturas y a continuación se dispondrá el número (Gráfico 1) y su título. También se podrá incluir un comentario.

Lista de comprobación para los autores

- Original y una copia del trabajo, con resumen en inglés y a doble espacio.
- Un disco de soporte magnético de 3'5 HD.
- Página inicial.
- Resumen del trabajo, español e inglés.
- Cuerpo del trabajo.
- Referencias bibliográficas.
- Listado de leyendas de las ilustraciones numeradas.
- Tablas y gráficos incluyendo sus leyendas numeradas.
- Una copia de cada ilustración.
- Foto color del primer autor (opcional).

Fotos para publicar en la revista

Fotos para publicar en la revista deben reunir las siguientes características:

- Cámara Digital: Si están tomadas con una cámara digital, la resolución de 72 dpi es suficiente. Deben guardarse en formato Tiff, Eps o JPG (preferentemente de Photoshop), en el modo CMYK.

- Escaneadas: Si están escaneadas, deben tener una resolución de 300 dpi en formato Tiff, Eps o JPG (preferentemente de Photoshop), en el modo CMYK.

- Blanco y Negro: En el caso que las fotos sean en blanco y negro, deben tener también una resolución de 300 dpi, en formato Tiff, Eps o JPG (preferentemente de Photoshop), en el modo Grayscale.