



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. Ernesto Moretti

Editora

Dra. Martha O. Mogliani

Secretarios de Redacción

Dr. Héctor Marino (h)

Dr. Guillermo Siemenczuk

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)

Dr. Juan José Galli (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

- 62 Editorial
Agradecimiento
- 63 Utilización de apósitos antiadherentes en la curación de heridas y zonas dadoras y receptoras de injertos de piel
- 74 Hemirreconstrucción nasal. Aplicación de colgajo de Mustardé para región nasal
- 78 Reconstrucción del surco submamario asimétrico (descendido). A propósito de un caso
- 81 Sobre la historia del melanoma
- 88 Comentario
XXXVII Congreso Argentino de Cirugía Plástica
- 89 Noticias SACPER
- 93 Actividades Filiales

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

Prohibida su reproducción total o parcial.

Comisión Directiva SACPER Período 2007 - 2008

Comisión Directiva

Presidente

Dr. Ernesto Adrián Moretti

Vicepresidente

Dr. Víctor Oscar Vassaro

Secretario General

Dr. Francisco Jorge Famá

Prosecretario

Dr. José Francisco Nociti

Secretario de Actas

Dr. Jorge Díaz García

Tesorero

Dra. Paulina Iwanyk

Protesorero

Dr. Sergio Mario Korzin

Director de Publicaciones

Dr. Guillermo Siemenczuk

Subdirector de Publicaciones

Dr. Patricio F. Jacovella

Vocales:

Dr. Alberto J. Abulafia

Dr. Esteban H. Elena

Dr. Gustavo D. Caputti

Vocales Suplentes

Dr. Néstor Martín Vincent

Dra. Sandra Filiciani

Dr. Carlos José Rey

Dr. Gustavo A. Chajchir

Presidente anterior

Dr. Guillermo Flaherty

Comisiones y Comités año 2007

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 Ginesín

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 Trainé

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 Sereday

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, Electiva y Dependencia

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

Sociedades Filiales Años 2007 - 2008

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. Vicente Hugo Bertone

Vicepresidente: Dr. Jorge Patané

Secretario General: Dr. Rubén Rosati

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. Julio Frontera Vaca

Secretario: Dr. Ricardo E. Denes

Sociedad de Cirugía Plástica de Mendoza

Olegario V. Andrade 496 (5500) Mendoza

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

Presidente: Dr. Alejandro Gutiérrez

Vicepresidente: Dr. Hugo Sánchez

Secretario General: Dr. Luis Sananes

Sociedad de Cirugía Plástica de La Plata

Calle 50 - N°374 - (1900) La Plata

Tel./Fax: (0221) 422-5111

Presidente: Dr. Roberto Lamonega

Vicepresidente: Dr. Jorge Canestri

Secretario: Dr. Carlos Daniel Schreiner

Sociedad de Cirugía Plástica de Rosario

Círculo Médico de Rosario

Santa Fe 1798 (2000) Rosario

Tel./Fax: (0341) 421-0120

Presidente: Dr. Carlos Zavalla

Vicepresidente: Dr. Guillermo Siemenczuk

Secretaria: Dra. Sandra Filiciani

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. Federico Auchter

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

sacpermarplataplata@hotmail.com | www.sacpermdp.org.ar

Presidente: Dr. Esteban Elena

Vicepresidente: Dr. José Luis Soplán

Secretario General: Dr. Gustavo Pablo Invierno

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

Agradecimiento

El término agradecimiento proviene de las raíces latinas: gratus, gratum. "Gratificamos a alguien por un servicio prestado, para mostrar que éste nos agrada y estamos a la recíproca en la voluntad de ayuda." Eso es lo que ustedes, estimados colegas, hicieron al reelegirme como editora de la Revista Argentina de Cirugía Plástica por otro período. Este otorgamiento que me hicieron produce en mí un sentimiento de gratitud, me siento deudora, no tanto del apoyo que he recibido de ustedes, sino de la actitud de confianza y generosidad que ha inspirado esta donación recibida de todos ustedes.

Es por eso que deseo mostrarles mi voluntad de estar a la recíproca, porque el agradecimiento se dirige a personas, únicos seres que pueden actuar en forma libre y desinteresada. Es la gratitud la que nos une y puede crear en nosotros los sentimientos de dar y recibir, creando relaciones reversibles, que en definitiva conforman el telar de la vida humana.

Ser agradecido encierra tener uno de los más altos valores espirituales y nos revela que estamos interrelacionados en una fecunda unidad en pro de algo superior que nos es común. De lo antedicho se desprende que la raíz de la gratitud es el amor, es la voluntad de unión por parte de quien da y de quien recibe.

Lo bello de la gratitud reside en el desprendimiento. Si quien recibe un don y lo agradece sólo para agradar a su bienhechor y seguir recibiendo dones, es un insensato carente de sentido, porque el sentimiento de agradecimiento es mostrar que se comparte la actitud generosa de quien fue generoso con uno.

Es por eso que no quise dejar pasar el momento y tener sólo un recuerdo agradecido, que sería un mero sentimiento interno mío. Espero que estas pocas palabras escritas hayan sido suficientemente claras y reflejen mi sentimiento de agradecimiento a la generosidad de ustedes para conmigo.

Dra. Martha O. Mogliani
(Editora)



Utilización de apósitos antiadherentes en la curación de heridas y zonas dadoras y receptoras de injertos de piel

H. Leoni*, G. Artero**, M. Perafán***, V. J. La Torre****

* Médico Especialista Universitario en Cirugía Plástica, recertificado, Médico de Planta del Hospital "E. Tornú".

** Médico Concurrente del Servicio de Cirugía Plástica del Hospital "E. Tornú".

*** Médico Cursista del Curso Superior de Especialización en Cirugía Plástica de la SACPER.

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

Correspondencia. Dr. H. Leoni, e-mail: hectorleoni2000@yahoo.com.ar. Dr. G. Artero, e-mail: arteroguille@gmail.com

Trabajo presentado en el XI Congreso de Cirugía Plástica del Cono Sur Americano, V Congreso Uruguayo de Cirugía Plástica, en Montevideo, Uruguay, del 18 al 21 de abril de 2007.

RESUMEN

El propósito de este trabajo fue evaluar el empleo de apósitos antiadherentes de acetato de celulosa y petrolatum para ayudar a proteger determinadas heridas, zonas dadoras y receptoras de injertos de piel, impedir la adherencia de los vendajes a las mismas favoreciendo la cicatrización.

Se realizó un estudio descriptivo multicéntrico en 39 pacientes durante el lapso de un año con heridas de difícil resolución y que en algunos casos requerían la realización de un injerto de piel como tratamiento definitivo. Presentaban, como característica, la adherencia de los apósitos primarios con el consiguiente dolor durante las curaciones y el retraso en la cicatrización. Se tomaron en cuenta heridas en esta condición, en especial heridas de origen traumático, injertos de piel, úlceras crónicas, lesiones tumorales de piel, quemaduras y secuelas posquirúrgicas abdominales. La mayoría presentaba factores comórbidos que interferían en el proceso normal de cicatrización.

Observamos que la colocación de un apósito antiadherente sobre las heridas y sobre las zonas dadoras y receptoras de injertos de piel demostró las siguientes ventajas: evitó la adherencia de los vendajes a la herida, protegió la regeneración de los tejidos, minimizó el dolor y el trauma durante los cambios de los vendajes, impidió la acumulación de fluidos en el sitio de la heri-

da, permitió el paso del exudado, el cual fue absorbido por los apósitos secundarios, y fue de simple recambio; así, constituyó el complemento indicado de la cura húmeda en heridas con alto riesgo de adhesividad.

Concluimos que el uso de este medio complementario de curación sobre las heridas descriptas y sobre zonas dadoras y receptoras de injertos de piel facilitó su solución, hizo el proceso más simple y favoreció el cierre y la cicatrización de las heridas, con menos complicaciones.

Palabras clave: apósito antiadherente.

SUMMARY

The intention of this work was to use cellulose antiadherent acetate dressings and petrolatum to help to protect certain wounds, zones receiving and givers of skin grafts and to prevent the adhesion with the bandages to the same ones being favored the healing.

A multicentric descriptive study was made in 39 patients during the lapse of a year with wounds of difficult resolution and that in some cases they required the accomplishment of a graft of skin like definitive treatment presenting like characteristic the adhesion of the primary dressings with the consequent pain during the treatments and the delay of the healing. They were taken into account wounds that presented this condition, in special wounds from traumatic origin, grafts of

skin, chronic ulcers, skin cancer, abdominal wounds and postsurgical sequela. The majority presented comorbid factors that interfered in the normal process of healing.

We observed that the positioning of an antiadherent dressing on the wounds and the zones receiving and givers of skin grafts presented the following advantages: it prevented the adhesion with bandages to the wound, protected the regeneration of weaves, diminished the pain and the trauma during the changes of the bandages, prevented of the accumulation with fluid in the site of the wound, allowed the passage of the exudate being absorbed by the secondary dressings and was of simple spare part, being indicated complement of the wet cure in wound with high risk of adhesiveness.

We concluded that the use of this complementary means of treatment on these wounds and zones receiving and givers of skin grafts facilitated the solution of the same ones making simplest the process, favoring the closing of the wounds and a healing with less complications.

Keyword: antiadherent dressing.

Introducción

Con el fin de disminuir las incomodidades que pueden presentarse ocasionalmente con la utilización de vendajes de uso cotidiano y en menor grado con la cura húmeda (Foto 1), durante su remoción y recambio, caracterizadas por la adherencia sobre las heridas y sobre zonas dadoras y receptoras de injertos de piel, se utilizó un producto complementario para optimizar el proceso de cicatrización.

En la gran mayoría de las curaciones con vendajes de uso cotidiano se debe humedecer la curación durante algunos minutos con solución salina para favorecer su remoción, y en casos extremos se puede llegar a utilizar un spray con efecto anestésico refrigerante tópico para eliminar la sensación de dolor por acción del frío. En otros casos, dada la magnitud de las manifestaciones alérgicas debe recurrirse a la sedación anestésica para este procedimiento.

Determinados productos de curación de uso cotidiano pueden presentar inconvenientes, en especial en zonas dadoras y receptoras de injertos, en heridas con poco o ningún exudado o con una cronicidad tal que detienen el curso de la cicatrización, así como también por la



ADHERENCIA DE APÓSITO DE ALGINATO DE CALCIO SOBRE UNA HERIDA CON ESCASO EXUDADO.

aplicación incorrecta de la cura húmeda. En estos casos puede producirse adherencia por causa de deshidratación a nivel de la interfase entre el producto de curación y el lecho de la herida, con características similares a una costra, que durante su remoción o recambio injurria el lecho en vías de cicatrización con la consiguiente presencia de dolor.

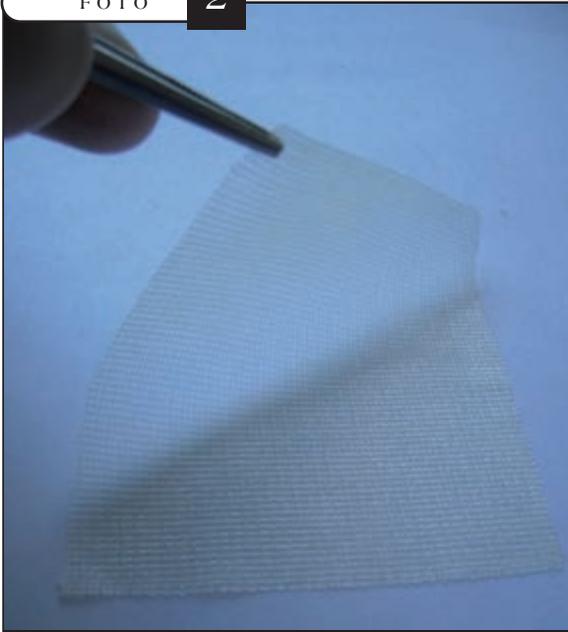
Todo esto nos llevó a utilizar un producto compuesto de un tejido de acetato de celulosa impregnado con una emulsión de petrolatum (Adaptic®) en forma de malla reticulada cuya principal característica es la antiadherencia (Foto 2).

El propósito de este trabajo fue utilizar apósitos antiadherentes para ayudar a proteger las heridas, zonas dadoras y receptoras de injertos de piel e impedir la adherencia de los apósitos o vendajes a ellas.

La importancia de esta investigación es la demostración de que con el empleo de un método simple y económico se vio favorecida la cicatrización de las heridas y zonas dadoras y la aceptación de los injertos, con sensible reducción de las complicaciones. Además, es de destacar que las curaciones fueron indoloras o con mínimo de dolor, según lo referido por la mayoría de los pacientes, al transformarse en un procedimiento simple y cotidiano.

FOTO

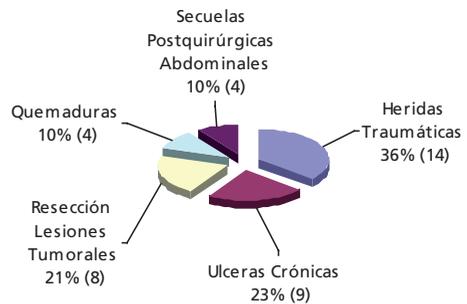
2



PRODUCTO ANTIADHERENTE COMPUESTO DE ACETATO DE CELULOSA Y PETROLATUM (ADAPTIC®).

GRÁFICO

1



FOTO

3



HERIDA TRAUMÁTICA DE DIFÍCIL RESOLUCIÓN, CON PIEL FINA Y FRÁGIL E INADECUADA CIRCULACIÓN.

FOTO

4



GANGRENA DE FOURNIER.

Materiales y métodos

Se realizó un estudio descriptivo multicéntrico en 39 pacientes que se presentaron a nuestra consulta de forma consecutiva, desde el 1 de marzo de 2006 hasta el 1 de marzo de 2007, con heridas de difícil resolución (Fotos 3 a 7), de los cuales 36% (14) presentaban heridas traumáticas, 23% (9) úlceras crónicas, 21% (8) resección de lesiones tumorales de gran tamaño, 10% (4) quemaduras y 10% (4) secuelas posquirúrgicas abdominales (Gráfico 1). La mayoría presentaba factores comórbidos.

Se realizó la curación con apósitos antiadherentes como complemento de la aplicación de la cura húmeda, efectuando el recambio de la misma en un lapso entre los 4 y 7 días dependiendo de cada herida en particular.

En la siguiente secuencia de imágenes, que se muestran en la Foto 8, se puede observar cómo colocamos un apósito antiadherente sobre la herida y un apósito secundario por encima de éste para que actúe a través de él y evite la adherencia del apósito secundario a la herida.

También es posible utilizar los apósitos antiadherentes de forma complementaria a la cura húmeda, en la preparación de la zona receptora hasta obtener un lecho óptimo para la realización de injertos de piel. Esta apli-

FOTO

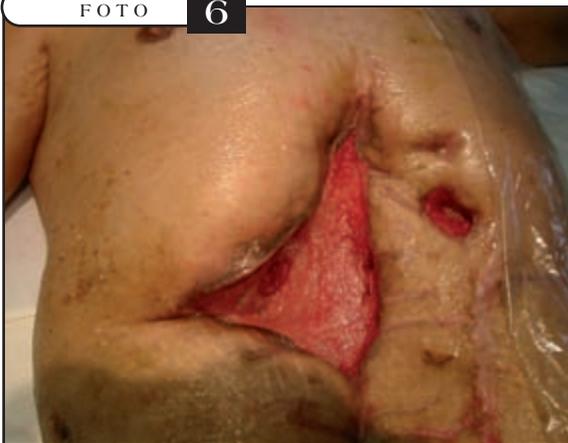
5



GANGRENA DE FOURNIER. UTILIZACIÓN DE APÓSITOS ANTIADHERENTES EVITANDO EL DOLOR DURANTE LAS REPETIDAS CURACIONES.

FOTO

6



HERIDA SECUNDARIA A SECUELA POSQUIRÚRGICA ABDOMINAL.

FOTO

7



HERIDA TRAUMÁTICA EN PACIENTE CON COMPROMISO VASCULAR.

FOTO

8



HERIDA TRAUMÁTICA EN PACIENTE CON COMPROMISO VASCULAR.

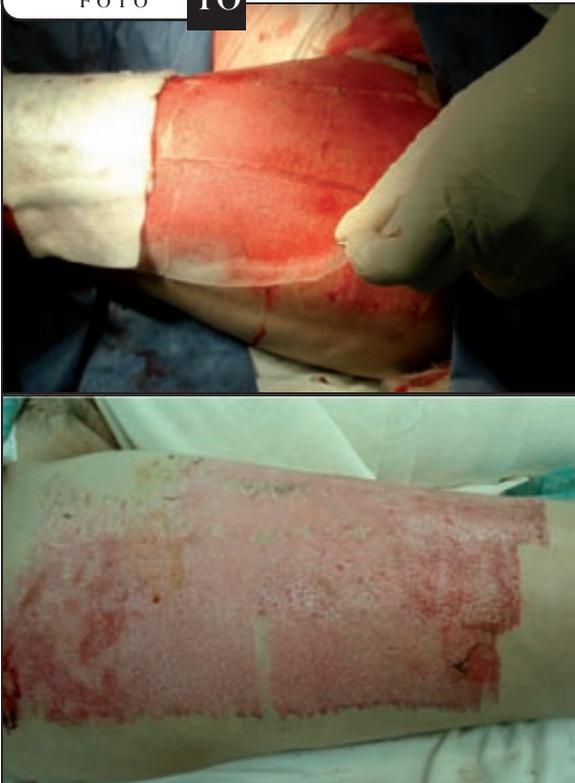
FOTO 9



FOTO 11



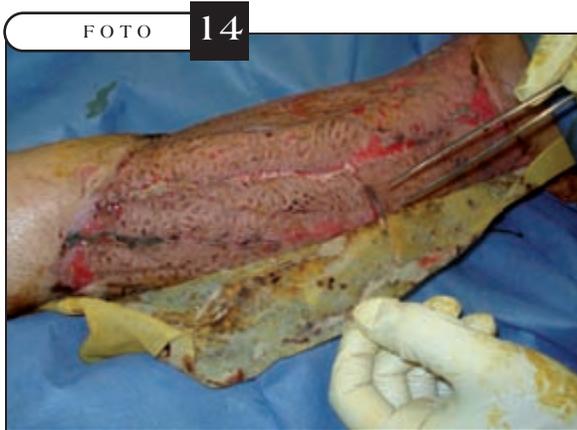
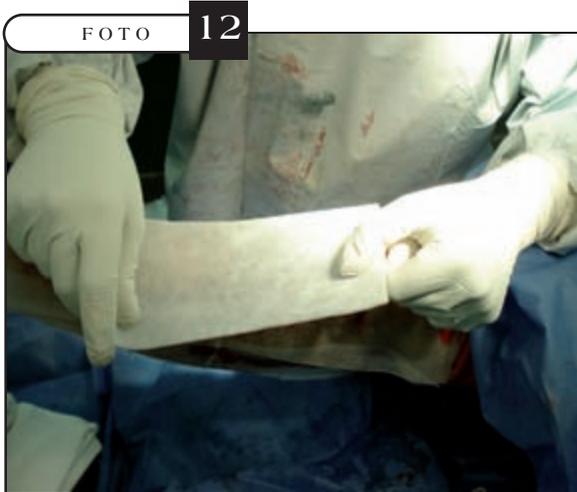
FOTO 10



cación se ilustra en la Foto 9.

En la secuencia de la Foto 10 podemos observar su utilización para la curación de zonas dadoras de injertos de piel.

Y en la secuencia de la Foto 11 se ilustra la aplicación de apósitos antiadherentes para la curación de las zonas receptoras de injertos de piel.



En la Foto 12 se puede observar la colocación de apósitos secundarios de colágeno con alginato sobre los apósitos antiadherentes, para que cumplan su función y evitar que se adhieran a los injertos de piel.

En la secuencia de la Foto 13 podemos observar con qué facilidad se desprende el apósito antiadherente de la herida, evitando el trauma y el dolor al momento de la curación.

La Foto 14 muestra con qué simplicidad se realiza el recambio del apósito antiadherente sin levantar el injerto.

Resultados

Observamos que con la colocación de un apósito antiadherente sobre las heridas y zonas receptoras y dadoras de injerto de piel se obtuvieron las siguientes ventajas:

- Previno la adherencia de los vendajes
- Protegió la regeneración de los tejidos
- Minimizó el dolor y el trauma durante los cambios de los vendajes

- Previno la acumulación de fluidos
- Permitió el paso del exudado, que fue absorbido por los apósitos secundarios
- Fue de simple recambio

Se lograron mejorías sustanciales en la solución de determinadas heridas, la aceptación de injertos y la cicatrización de zonas dadoras y, principalmente, el bienestar del paciente.

Se lo considera un complemento ideal para la cura húmeda.

Caso 1 (Foto 15)

Paciente con úlcera traumática en pierna derecha. Se observa como el apósito antiadherente protegió la herida durante las curaciones permitiendo la aplicación de cura húmeda.



Caso 2 (Foto 16)

Utilización de apósitos secundarios sobre el apósito antiadherente para evitar que se adhieran a la herida.



Caso 3 (Foto 17)

Paciente añosa con úlcera traumática en ambas piernas y factores comórbidos (Foto 1). Resultado después de 50 días de curaciones con membranas antiadherentes y apósitos secundarios de alginato de calcio que permitió establecer la cura húmeda y conservar la mayor cantidad de piel posible.



Caso 4 (Foto 18)

Adecuada aceptación del injerto en este paciente mediante el uso de apósitos antiadherentes.



Caso 5 (Foto 19)

Paciente con una complicación posquirúrgica diverticular colónica en pared abdominal. El objetivo fue colocar la bolsa de colostomía sobre tejido firme. Ante la imposibilidad de realizar un colgajo de vecindad, por la debilidad de la pared y el estado general del paciente, se decidió realizar un injerto de piel sobre el tejido friable de granulación. Se aisló el injerto de la zona contaminada con materia fecal permanente mediante sistema de vacío (vacuum) y se protegió el injerto con apósitos antiadherentes de la presión negativa. Observamos aceptación del injerto y la colocación de la bolsa de colostomía sobre tejido firme a un mes de realizado el injerto.

FOTO

19



Conclusiones

Mediante la utilización de un medio de curación adecuado sobre determinadas heridas y zonas dadoras y receptoras de injertos, se facilitó la solución de éstas, con un proceso más simple que favoreció, en la mayoría de los casos, el cierre de las heridas, la aceptación del

injerto y la cicatrización de las zonas dadoras sin complicaciones, inclusive en condiciones no habituales (vacuum).

Por todo esto concluimos que el empleo de apósitos antiadherentes es recomendable para la curación de heridas de difícil resolución, al igual que en zonas receptoras y dadoras de injerto.



Bibliografía

- Terrill PJ., Varughese G. A comparison of three primary non-adherent dressings applied to hand surgery wounds. *Journal of wound care* 2000;9(8):359-363.
- Abbott K, Fowler-Kerry S. The use of topical refrigerant anesthetic to reduce injection pain in children. *J Pain Symptom Manage* 1995;10(8):584-590.
- Morykwas MJ, Argenta LC. Nonsurgical modalities to enhance healing and care of soft tissue wounds. *J South Orthop Assoc* 1997;6:279-288.
- Sposato G., Molea G., Di Caprio G., Scioli M., La Rusca I, Ziccardi P. Ambulant Vacuum-assisted closure of skin-graft dressing in the lower limbs using a portable mini- VAC device. *British Journal of Plastic Surgery* 2001;54:235-237.
- Lior Heller, M.D., Scott L. Levin, M.D., Charles E. Butler, M.D. Management of abdominal wound dehiscence using vacuum assisted closure in patients with compromised healing. *The American Journal of Surgery* 2006;191:165-172.
- Leoni H., Artero G., La Torre V. J. Utilización de apósitos antiadherentes sobre injertos de piel y zonas dadoras. Un método simple y ventajoso. XXXVII Congreso Argentino de Cirugía Plástica. Rosario, marzo de 2007.



Hemirreconstrucción nasal. Aplicación de colgajo de Mustardé para región nasal

W. G. Huck*, S. R. Gallo**, E. A. Moretti***, G. Silvestre Begnis****

* Médico residente.

** Médico residente.

*** Coordinador del Servicio de Cirugía Plástica.

**** Cirujano Oncólogo.

Servicio de Cirugía Plástica y Maxilofacial, Servicio de Oncología. Sanatorio Los Arroyos, Rosario, República Argentina

Correspondencia: Dr. E. A. Moretti: e-mail: doctormoretti@knett.com.ar

Resumen

La reconstrucción nasal es un desafío que se nos ofrece con relativa frecuencia, principalmente como consecuencia de traumatismos o resecciones tumorales.

Se presenta el caso de un paciente de sexo masculino, de 68 años, a quién se le realizó una hemirreconstrucción nasal luego de la exéresis de una lesión epitelio-matosa recidivada. En forma inédita se empleó el colgajo de Mustardé para reconstrucción de la región lateral nasal.

González-Ulloa en principio,² luego Millard³ y por último Burget⁴ dividieron anatómicamente la región nasal en unidades y subunidades estéticas, para extender incluso esta división y subdivisión posteriormente al resto de las estructuras faciales.

Paralelamente, Manson y cols.⁵ desarrollaron un algoritmo para reconstrucción nasal contemplando la profundidad y extensión del defecto primario.

Gracias a la contribución de estos autores se simplificó de manera importante la cirugía reconstructiva nasal.

Abstract

The nasal reconstruction is a challenge particularly when trauma or tumoral resections produce defects.

We present a male patient, 68 years old, with a recurrent nasal carcinoma, who received a heminasal reconstruction. The originality of the paper is that the Mustardé flap was used to reconstruct the lateral portion of the nasal region.

Introducción

Si bien se conoce que la historia de la reconstrucción nasal nace en Asia, precisamente en India, hace más de 5000 años,¹ fue recién hace medio siglo cuando se realizaron los aportes y conceptos más importantes y revolucionarios relacionados con el tema.



IMAGEN PREOPERATORIA DE LA LESIÓN EPITELIOMATOSA.

Material y método

Paciente de sexo masculino, de 68 años, derivado por el Servicio de Oncología Quirúrgica luego de haber sido tratado en dos oportunidades anteriores en otra institución con diagnóstico de epiteloma basocelular de ala y cara lateral nasal izquierdas; en ambas oportunidades se le efectuó la resección de la lesión sin obtención de márgenes libres.

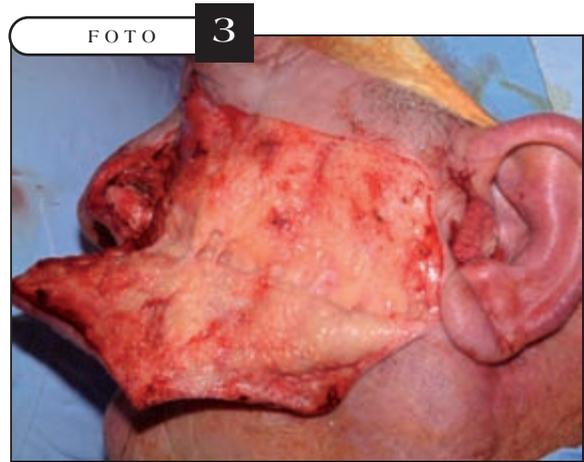
A la consulta, el paciente presentaba una lesión ulcerada

en la unión de la cara lateral y el ala nasal izquierdas recidivada (Foto 1), por lo que se decide la extirpación bajo anestesia general de la misma con márgenes oncológicos de seguridad y la reconstrucción del defecto.

Con márgenes perilesionales de aproximadamente 1 cm. y confirmación a través de biopsias por congelación intraoperatorias, se reseca la lesión comprometiendo en profundidad piel, cartílago alar y mucosa nasal (espesor total). En lo que respecta a la extensión, y según lo des-



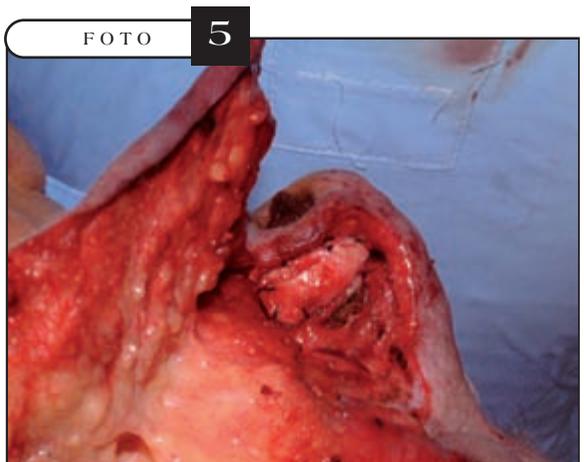
IMAGEN INTRAOPERATORIA QUE EVIDENCIA LA RESECCIÓN DE ESPESOR TOTAL Y EL COMPROMISO DE MÁS DEL 50% DE LAS SUBUNIDADES ESTÉTICAS NASALES IZQUIERDAS.



COLGAJO DE MUSTARDÉ. TALLADO.



COLGAJO DE MUSTARDÉ. EXTENDIDO HACIA LA REGIÓN NASAL.



COLGAJO DE BURGET E INJERTO DE CARTÍLAGO AURICULAR PARA RECONSTRUCCIÓN DE MUCOSA NASAL Y ALA NASAL.



EL PACIENTE DE FRENTE Y PERFIL EN EL DECIMOCUARTO DÍA POSOPERATORIO.

cripto por Burget y Menick,⁶ debido a la resección de más del 50% de las subunidades nasales izquierdas se realizó una hemirreconstrucción nasal completa (Foto 2). Se optó por un colgajo de Mustardé para proporcionar la cubierta cutánea (Fotos 3 y 4), un injerto de cartílago auricular homolateral para reemplazo del cartílago alar y un colgajo mucoso de Burget para lograr la reconstrucción mucosa (Foto 5).

La recuperación posoperatoria, tanto funcional como estética, fue muy satisfactoria (Foto 6). La biopsia diferida informó márgenes libres de lesión. El paciente ha sido controlado sin evidencia de recidiva durante los últimos 6 meses.

Discusión

Existen numerosas opciones quirúrgicas descriptas por diversos autores a la hora de reconstruir la región nasal. Las distintas alternativas deben tener en cuenta principalmente la profundidad y la extensión del área a cubrir y la similitud estética y anatómica de las estructuras a reemplazar.

En este caso, el defecto secundario fue reconstruido reemplazando todas las estructuras resecaadas: mucosa, cartílago y cobertura cutánea.

Fue utilizado un colgajo de Burget para reconstrucción de la mucosa nasal debido a la seguridad que ofrece y a la fácil confección por su carácter de vecindad. Para el reemplazo cartilaginoso se optó por un injerto de cartí-

lago auricular homolateral (cara posterior) debido a la simpleza de su obtención y a la similitud con su homónimo nasal. El colgajo de Mustardé, a pesar de ser un colgajo diseñado y empleado para la reconstrucción palpebral inferior, fue utilizado en forma inédita para brindar una cobertura cutánea completa de la mitad lateral de la nariz, debido a su proximidad y similitudes estéticas con respecto a la piel nasal.

Conclusión

Los epitelomas basocelulares recidivados deben ser resecaados con márgenes adecuados y realizarse a continuación sucesivos cortes horizontales hasta obtención de tejido sano (técnica micrográfica de Mohs) para disminuir los índices de recurrencia (4-6%). Es además la solución ideal para cánceres localizados en zonas donde es fundamental la conservación de tejido por razones estéticas y funcionales.

En el caso anteriormente descrito, el tamaño de la lesión obligó a realizar una hemirreconstrucción nasal que decidimos reparar implementando para la cobertura cutánea un colgajo utilizado habitualmente para defectos de región geniana y párpado inferior.

Hemos podido demostrar que el colgajo de Mustardé presenta asombrosa flexibilidad y seguridad, debido al conocimiento de su irrigación, y constituye una alternativa simple e innovadora en cobertura de defectos nasales laterales de importancia.



Bibliografía

1. Nichter LS, Morgan RF, Nichter MA. The impact of Indian methods for total nasal reconstruction. *Clin Plast Surg* 1993;10:635.
2. Gonzalez-Ulloa M. Restoration of the face covering by means of selected skin in regional aesthetic units. *Br J Plast Surg* 1956;9:212.
3. Millard DR. Aesthetic reconstructive rhinoplasty. *Clin Plast Surg* 8:169, 1981.
4. Burget GC. Aesthetic restoration of the nose. *Clin Plast Surg* 1985;12:463.
5. Manson PN, et al. Algorithm for nasal reconstruction. *Am J Surg* 138:528, 1979.
6. Burget GC, Menick FJ. The subunit principle in nasal reconstruction. *Plast Reconstr Surg* 1985;76:239.



Reconstrucción del surco submamario asimétrico (descendido). A propósito de un caso

J. M. Serén*, L. A. Corrales*, F. Flaherty *, C. Canggihini*, A. Paglia*,
R. Rosati**

* Médico de Planta

** Jefe del Servicio

Servicio de Cirugía Plástica, Estética y Reparadora del Hospital "Churruca-Visca"

Introducción

El surco submamario es una estructura importante en la definición estética de la mama femenina.¹ Es usualmente considerado punto de referencia en la cirugía mamaria, reconstructiva y estética (aumento o reducción). Entre otras publicaciones de reconstrucción del SSM, se destacan técnicas de desepitelización, lipoaspiración, "Apron" flap, etc.^{2,3} Todos estos procedimientos reconstructivos se hallan relacionados con cirugías mamarias previas.^{4,5}

En la mama prepúber, el SSM es prácticamente indetectable, pero una vez iniciada la pubertad, el SSM se transforma en el responsable de la definición del polo inferior de la mama.⁶

Desde el punto de vista anatómico, existe gran controversia respecto a su constitución.⁷ Estudios histológicos describen dos fascias que lo conforman: a) una profunda, constituida por los músculos pectoral mayor, recto anterior y serrato, y b) una fascia superficial que fija la

dermis con la fascia profunda, con variable volumen de grasa interpuesta entre ellas.^{6,7}

Es nuestra intención mostrar la combinación de dos técnicas quirúrgicas utilizadas para la recreación del surco submamario, a propósito de un caso, en el que se evalúa: preoperatorio, descripción de la técnica utilizada y resultados inmediato y a 6 (seis) meses del posoperatorio.

Materiales y métodos

Paciente de sexo femenino, de 23 años, sin antecedentes quirúrgicos, que presenta asimetría (descenso) del SSM de la mama izquierda.

Al examen físico se observa marcada asimetría mamaria a expensas de la mama izquierda, con un polo inferior mamario deformado y un SSM cuya inserción se halla descendida en relación con la inserción contralateral (Foto 1).

FOTO

1





FOTO

2



FOTO

3



FOTO

4



FOTO

5



FOTO

6





Método quirúrgico

Se procede a la marcación preoperatoria, con la paciente en bipedestación. Se toma como referencia a) un punto fijo, la horquilla esternal, y b) un punto móvil, el surco submamario contralateral.

Se realiza:

- 1) Infiltración tumescente con solución de Klein⁸ en toda el área del SSM izquierdo. (Foto 2)

Solución de Klein:

- Lidocaína 500 mg = 25 ml al 2%
- Epinefrina 1 mg
- H₂CO₃ 17,5 ml
- Solución fisiológica 1000 ml

- 2) Microincisión cutánea medial y lateral, sobre proyección de línea axilar anterior, con hoja de bisturí N° 15.

- 3) Lipoaspiración, en 2 (dos) planos, superficial y profundo, con jeringa⁹ de 60 ml con pico tipo "tuney". Se utilizan 3 (tres) tipos de cánulas diferentes: a) cánula tipo "Mercedes" de 5 mm de diámetro para disminuir el volumen graso en el plano profundo, b) cánula tipo "Keel Cobra" de 3 mm de diámetro, utilizada para homogeneizar el tejido graso residual, y c) cánula de 2,5 mm de diámetro tipo "Fournier", con el objetivo de tratar el plano superficial a una profundidad de 5 mm aproximadamente de la dermis, con el fin de obtener una máxima retracción de la piel (Foto 3). El procedimiento se realiza en forma similar al que describió Pinnella.¹⁰

- 4) Este último procedimiento, lipoaspiración en dos planos, lo combinamos con la técnica de Ryan¹¹ (fijación al plano profundo) con 4 puntos externos, separados y capitonados de poliglactina 910 N° 3.0 al periostio costal, los que fueron retirados a los 15 (quince) días.

En relación con esta técnica, se realiza una modificación que, a nuestro entender, es de vital importancia y consiste en la fijación dérmica al plano profundo, procedimiento que denominamos "tutorización del neo-surco submamario" (Foto 4).

Conclusión

El resultado cosmético obtenido, a través de la combinación de las dos técnicas quirúrgicas modificadas, es aceptable. Se evalúa desde el posoperatorio inmediato (Foto 5); el resultado obtenido es satisfactorio y hasta los 6 (seis) meses posoperatorios no había sufrido modificaciones (Foto 6).

Durante el posoperatorio inmediato, no se presentaron signos de intolerancia a la fijación profunda, ni dolor relacionado con la presencia de los puntos capitonados. Los cuidados posoperatorios, antibioticoterapia y analgesia, fueron similares a los utilizados habitualmente.

Al unificar dos técnicas de reconstrucción del SSM, la de Pinnella y la de Ryan, se ha obtenido la simetrización adecuada del SSM con relación al punto de referencia fijo (horquilla esternal) y al punto de referencia móvil (SSM contralateral), en un solo tiempo quirúrgico, de modo ambulatorio y con mínimas cicatrices ocultas.

Bibliografía

1. Chun Y, Probaz J. A simple guide to inframammary fold reconstruction. *Ann Plas Surg* 2005;55:8-11.
2. Wechselberger G, Del Frari, et al. Inframammary fold reconstruction with deepithelialized skin flap. *Ann Plas Surg* 2003;50:433-436.
3. Amir A, Silfen R, et al. Apron flap and re-creation of the inframammary fold following TRAM flap breast reconstruction. *PRS* 2000;105:1024-1030.
4. Nava M, Quattrone P, et al. Focus on the Breast Fascial System: A New Approach for Inframammary Fold Reconstruction. *PRS* 1998;102:1034-1045.
5. Massiha H. Reconstruction of the submammary crease for correction of postoperative deformities in aesthetic and reconstructive breast surgery. *Ann Plas Surg* 2001;46:275-278.
6. Muntan Ch, Sundine MJ, et al. Inframammary Fold: A Histologic Reappraisal. *PRS* 2000;105:549-555.
7. Boutros S, Kattash M, et al. The intradermal anatomy of the inframammary fold. *PRS* 1998;102:1030-1033.
8. Klein JA. The tumescent technique: Anesthesia and modified liposuction technique. *Dermatol Clin* 1990;8:425.
9. Fournier, P. F. Reduction syringe liposculpturing. *Dermatol Clin* 1990;8:539.
10. Pinnella JW. Creating an inframammary crease with a liposuction cannula. *PRS* 1989;83:925.
11. Ryan J. A lower thoracic advancement flap in breast reconstruction after mastectomy. *PRS* 1982;70:153-160.





Sobre la historia del melanoma

Dr. Eduardo Marchioni * Dr. Ernesto Bavio **

*Cirujano Plástico. Miembro Titular de la SCPBA y SACPER. Cirujano Plástico del Hospital "I. Pirovano" (GCBA).

Fellow del American College of Surgeons

** Cirujano General. Miembro Asociación Argentina de Cirugía. Jefe del Departamento Quirúrgico del Hospital "I. Pirovano" (GCBA). Fellow American College of Surgeons

Correspondencia. Dr. Eduardo Marchioni, Av. Santa Fe 2274 7° B, Ciudad Aut. de Bs.As. emarchioni@intramed.net.ar

Introducción

Los cambios ambientales que estamos sufriendo en el presente siglo, el llamado efecto invernadero y la mayor agresividad del sol han producido cambios en la incidencia de los melanomas cutáneos. A pesar que globalmente solo representan un 3% de los tumores de piel, su ocurrencia es seguida siempre con interés por la posibilidad de un desenlace letal en corto plazo. Las campañas oficiales tratan de alertar y advertir al lego ante la posibilidad de ocultar en un simple lunar una severa enfermedad.

En el presente trabajo queremos revisar la historia de la mencionada enfermedad, la que según algunos registros viene presentándose desde hace milenios. Usaremos en el presente manuscrito para su mención, indistintamente, los términos nevus o lunar encarados como sinónimos.

La Antigüedad

De ciertos anales en las crónicas históricas, parece probable otorgar la primera mención del melanoma a Hipócrates en el siglo V a.C., por supuesto no con ese nombre.

Existen otros rumores según los cuales el llamado "cáncer negro" ya se mencionaba en los papiros egipcios, pero estos datos son apócrifos.

Los papiros de Hearst (Universidad de California) y de Berlín no lo mencionan. El papiro de cirugía de Edwin Smith, que data del siglo XVII a.C., ahora en poder de la Academia de Medicina de Nueva York, habla mucho del tratamiento de heridas y el término tumor aparece otras tantas veces pero siempre en el sentido de "hinchazón". El papiro de Ebers descubierto en 1872 fue

escrito en el 1500 a.C. en escritura hierática, y tiene varias referencias a osteosarcomas, cáncer de recto y de faringe. Ninguna de las traducciones más aceptadas (Bryan, 1931; Ebell, 1937) proporciona datos de alguna neoplasia identificable como el melanoma.

La siguiente anotación es de Rufus de Efeso (60-120), médico griego que realizó numerosas descripciones anatómicas, de enfermedades, ciertos cánceres de piel y el melanoma. Eiselt, en 1861, en una discusión sobre tumores pigmentados, sostuvo que la descripción de "tumores negros fatales con fluidos oscuros en el cuerpo" ya se hallaron por Highmore en 1651, Bartholin (1677), Bonnet (1679) y Henrici y Nothnagel (1757).

Es notable la carencia total de cualquier dato en toda la época de oscurantismo medieval.

Algunas implicaciones no médicas de los lunares

En los tiempos remotos los lunares y las marcas de nacimiento, a menudo angiomas, poseían una especie de significado esotérico o mágico, y rápidamente se comprendió que era mejor no intentar intervenir en el desarrollo de la enfermedad por el probable fatal desenlace. Pero la presencia de estos lunares estaba rodeada de significación quiromántica y astrológica.

En 1671, un astrólogo llamado Saunders escribió un libro titulado "*Physiognomie and Chiromancie, Metoposcopiae the symmetrical proportions and Signal moles of the body, fully and accurately explained, with their natural predictive significations both to men and women*", en el cual explicaba la significación de los lunares según su ubicación: como ejemplo, el lunar 55 localizado en el área entre el párpado inferior y la nariz junto a otro en el lado izquierdo de las partes íntimas,



indica a un asesino; si es de color miel o rojizo no mata pero hiera, pero si es negro mata a alguien de su familia o emparentado; si su apariencia es como una lenteja es ciertamente loco o distraído. A lo largo de sus páginas ilustra con dibujos las diferentes ubicaciones y sus consecuencias.

Hubo también para los lunares épocas de admiración, como en Francia en el siglo XVIII; naturales o postizos (*mouches pour Bal*) para resaltar la belleza femenina especialmente. Si no se poseían, se pintaban o tatuaban en distintas formas de estrellas, círculos o medias lunas.

El poco conocido poeta Richardson Pack, en un libro de sus poemas publicado por E. Curll en Londres, en 1725, alaba, entre otras partes anatómicas, en los quince versos de su breve poema, los lunares de su amada Molly Spring: "...and who looks on her moles but thinks o' That same..."

Hallazgos especiales

Heinrich Harrer nos relata en su libro "7 años en Tíbet", R. Davis, London, 1953: "Son sinónimos de belleza y tienen hasta implicancias religiosas".

La disposición regional de los lunares en el tercio superior del torso fueron fundamentales para encontrar la encarnación del 14to Dalai Lama en el Tíbet. El concepto tibetano es que el Lama líder es un mismo espíritu que ocupa una sucesión de cuerpos. En 1933, cuando el 13er Dalai Lama estaba en estado crítico, profetizó el lugar de su reencarnación; después de muerto su cuerpo fue colocado sentado con su rostro mirando al sur y éste se volvió hacia el este. El oráculo también indicó esa dirección, y el comandante del ejército tibetano se dirigió a la provincia china de Chinghai, a un monasterio de torres doradas. En él un niño de 2 años corrió y tomó las ropas de un sacerdote y en su cuerpo se encontraron las marcas y estigmas—orejas prominentes y lunares en el torso— que según los rituales debía poseer para ser reconocido.

Urteaga y Pack, en un trabajo publicado en la revista *Cáncer* en 1966, comentaron el infrecuente hallazgo de 9 momias precolombinas con signos inequívocos de la enfermedad. Mencionaban que el investigador médico—el paleopatólogo— que trabaja en equipo con arqueólogos y etnólogos es quien analiza cuidadosamente los fragmentos prehistóricos del hombre de Neanderthal, momias de faraones, cráneos precolombinos trepanados, donde observó que ninguna inmunidad divina protegía al hombre prehistórico. Información concerniente al melanoma maligno se obtuvo de 9 momias perua-

nas, 2 de Chongos en Ica y 7 de Chancay, Perú, con una antigüedad estimada de 2400 años a.C., cuyos mayores hallazgos fueron la muestra de numerosas metástasis óseas difusas en cráneo y extremidades. En la piel de las momias se reconocen los folículos pilosos y masas redondeadas de melanoma, como focos de satelitosis. Los depósitos en el cráneo tomaban las dos tablas y el diploe con lisis parcial del hueso. Llama la atención el número de momias afectadas en vista de la baja frecuencia del tumor en razas de piel oscura.

La riqueza del Siglo XVIII

Muchos de los conceptos que actualmente continúan fueron aprendidos en este excepcional período de descubrimientos médicos.

John Hunter 1728-1793



Fue quien realizó la primera publicación de un paciente con un melanoma, en realidad una metástasis secundaria, en 1787. El espécimen aun conservado en el Museo del Real Colegio de Cirujanos de Inglaterra, fue un paciente de 35 años con una masa recurrente en el

ángulo de la mandíbula. La masa fue extirpada recidiando a los 3 años. La descripción de Hunter habla de una masa, en parte blanca y parte esponjosa, blanda y negra y la describió como una "excrecencia fungosa cancerosa".

Un examen anatomopatológico de la pieza, realizado casi doscientos años después, en 1968, confirmó que era un melanoma secundario, con sitio del tumor primario desconocido.

René T.H. Laënnec 1781-1826



En un trabajo de memorias no publicado y presentado en la F. de Medicina de París, en 1806, R. Laënnec fue el primero en describir al melanoma como una entidad causante de enfermedad, aunque otros le dan ese crédito a Dupuytren.

Seis años antes inventó el estetoscopio que lo hizo famoso. El fue el primero en usar el término "melanosis", derivado del griego



go para significar "negro". EL notó que las metástasis de melanoma en los ganglios hiliares y mediastinales eran diferentes de los depósitos negros habituales en bronquios y ganglios respiratorios derivados del carbón inhalado. También describió melanomas que afectan el hígado, pulmones, ojos, pituitaria, pared estomacal y serosa peritoneal. Hizo notar que los depósitos melanóticos en los pulmones no causaban la fiebre héctica como lo hacía la TBC, causa común de muerte en esos tiempos.

William Norris 1792-1877



Fue quien describió el primer caso de melanoma registrado en la literatura inglesa, en 1820. El se refirió a un "Caso de enfermedad fungoide" pero realmente describió un paciente que falleció de un melanoma diseminado. Sus términos fueron: "el primer caso genuino de melanoma" El paciente de 59 años,

con piel clara y cabello rubio, presentaba un tumor abdominal entre el pubis y el ombligo, lugar donde siempre había tenido un lunar, el cual desde 9 meses atrás comenzó a crecer hasta la mitad del tamaño de un huevo de gallina, marrón oscuro, firme y carnoso al tacto, ulcerado y con una descarga de líquido fétido. El ápex del tumor era más ancho que su base (pedunculado) y meses después desarrolló nódulos marrones alrededor (satelitosis). El tumor primario se resecó quirúrgicamente pero en menos de 6 meses recidivó en la cicatriz, esta vez con metástasis inguinales. El estado general era bueno y no impedía la actividad habitual. El desenlace fatal ocurrió con múltiples depósitos subcutáneos, tos y disnea, por las probables metástasis en pulmón.

El Dr. Norris llevó a cabo la autopsia describiendo líquido saliendo de todos los depósitos subcutáneos, metástasis en el esternón y el abdomen con ascitis; los ganglios lumbar en "condiciones mórbidas sorprendentes"; el hígado con grandes masas ovales; el bazo y a vejiga indemnes, los pulmones groseramente afectados y el corazón incrustado de numerosas manchas variando entre una cabeza de alfiler y una arveja. También refirió metástasis en la duramadre.

En 1857 hizo otra magnífica descripción de otra autopsia de un melanoma, llamando la atención en los miles de depósitos negros presentes.

Los datos biográficos indican que Norris nació en Stourbridge, Inglaterra, en 1792, hizo su entrenamiento en

el hospital San Bartolomé con Abernathy y luego en la Universidad de Edimburgo. Primero admitido como boticario, en 1816, recibió su doctorado en Medicina en 1823 de la Universidad de San Andrés, en Escocia. Comenzó su práctica general en Stourbridge y trabajó sin interrupción por 60 años, falleciendo en 1877 de un cuadro apoplético.

Publicó su informe inicial en 1820 en el *Edinburgh Medical and Surgical Journal*. Era un médico general de la campaña inglesa capaz de cabalgar 20 millas para asistir un paciente. En 1857 reportó: "Eight cases of melanosis with pathological and therapeutical remarks on that disease". En este informe, Norris se refirió a la enfermedad como melanosis, aunque ya se atribuía el término melanoma a Robert Carswell, desde 1838. En este artículo comentaba que la ocurrencia del melanoma era mayor en personas con lunares en varias partes del cuerpo, que residían en lugares con mucho humo de hierro y carbón o en fumadores inmoderados. Resaltó una fuerte tendencia a la predisposición hereditaria y que la melanosis era una enfermedad aliada al cáncer. Norris sostenía que ante la sospecha de cambios en un lunar, el médico debía proceder inmediatamente a reseccionar la enfermedad cortando lejos y en partes sanas; debía después de la resección topicar la herida con un cáustico para no dejar un átomo de la enfermedad y ocasionalmente aplicar el mismo tratamiento a la piel vecina. El usaba arsénico. También declaró que si la enfermedad aparecía en diversas partes del cuerpo, el resultado era ominoso y la cirugía debía dejarse de lado. Un número importante de principios del manejo clínico y epidemiológico del melanoma fueron señalados por Norris hace más de un siglo:

1. Rasgos epidemiológicos

- Hay una relación directa nevus-melanoma.
- La enfermedad es más común en áreas industriales que rurales.
- Los pacientes tiene generalmente piel y cabello claros.
- Hay en algunos casos una historia familiar y probablemente una predisposición hereditaria a la enfermedad.
- Los cánceres puede ocurrir en familias.
- El trauma puede acelerar el crecimiento del tumor.

2. Rasgos de la patología

- Aunque son generalmente oscuros, los melanomas pueden variar en pigmentación y ser inclusive amelanóticos.
- La lesión es generalmente nodular y/o pediculada .



- Se pueden desarrollar tumores satélites alrededor del sitio primario.
- Los depósitos subcutáneos pueden desarrollarse en otras áreas.
- La diseminación puede afectar pulmones, hígado, huesos, corazón y duramadre.

3. Rasgos clínicos

- Más comúnmente hombres y severos fumadores.
- Se mantienen en buen estado de salud hasta una etapa más tardía de la enfermedad.
- La fiebre no es habitual, al contrario de la TBC.

4. Consideraciones terapéuticas

- La recidiva local sigue a la resección mínima.
- Abogó por una amplia resección del tumor con tejidos vecinos, confirmando sobrevida de 8 años con este tratamiento.
- Ni el tratamiento médico ni el quirúrgico son útiles con la enfermedad diseminada.

En 1821, Breschet hizo algunas observaciones clínicas de la enfermedad y señaló particularmente la presencia de la enfermedad en otras especies, como el perro, el gato, el ratón, la rata y, sobre todo, el caballo.

Aportes durante el Siglo XIX

En 1823, Sir Andrew Halliday informó sobre la autopsia de un paciente con numerosas manchas negras en la piel y duramadre; al abrir el tórax y abdomen, todas las vísceras estaban impregnadas de estos pequeños tumores negros.

En 1834, David Williams describió el tumor primario como sigue:

“En su hombro derecho... tenía una mancha oscura o púrpura del tamaño de una arveja... su esposa notó que esta marca... aumentaba de tamaño. La formación continuó extendiéndose y, antes de llegar a tamaño de un chelín, una excrescencia de similar color surgió en el centro. Ésta puede ser la primera descripción de lo que conocemos como las fases de desarrollo vertical y horizontal de un melanoma extensivo superficial.

En 1837, Isaac Parrish hizo la descripción formal del primer melanoma en América (EE.UU.). Era el de una mujer de 43 años con un tumor fungoide en el dedo gordo del tamaño de medio huevo de paloma, de superficie suave, roja y ulcerada. En la cara superior del dedo, a media pulgada de la uña, había una formación oscura del tamaño de un chelín. Los ganglios linfáticos

inflamados. En la autopsia, el peritoneo estaba sembrado de manchas negras.

En 1838, Robert Carswell describió al melanoma en sus “Illustrations of the Elementary Forms of Disease”. Lo dividió en dos grupos: Melanosis verdadera y Melanosis espuria. Describió cuatro modificaciones de la verdadera, puntiforme, tuberiforme, estratiforme y liquiforme. Ilustró la presencia de tumores melanóticos en el cerebro, hígado, intestino delgado y omentos.

En 1840, Samuel Cooper realizó una muy buena descripción del “cáncer negro”. Remarcó que no había remedio para la melanosis. La única chance es beneficiarse de una remoción temprana por operación, cuando los tejidos locales lo permiten. Un ojo afectado de melanosis fue extirpado y no tuvo recidivas en tres años de seguimiento; igual puede suceder en piel y tejido celular con tumores melanóticos.

Un caso publicado en 1851 en el Lancet describe un melanoma secundario en la ingle de una mujer de 45 años que ocurrió 2 años después de la resección de un tumor oscuro en el monte de Venus.

El cirujano Mr. Fergusson resecó el tumor de la paciente insensibilizada por cloroformo. El tumor del tamaño de una naranja presentaba al corte todos los signos de melanosis. La paciente evolucionó bien y fue dada de alta 6 semanas después de la intervención. Éste es aparentemente el primer caso reportado de resección quirúrgica de un melanoma metastásico.

James Paget 1814-1899



En 1853, Sir James Paget escribió en uno de sus mejores trabajos, “Lectures on Surgical Pathology”, que el melanoma espurio descrito por varios autores era el ennegrecimiento de diversas estructuras con la característica común de que no son tumores.

Enfatizó en que estos cánceres melanóticos eran cánceres medulares modificados por la formación de pigmento negro en sus estructuras elementales. Se refirió además a los tumores amelanóticos: “Aún en los cánceres que no poseen color al ojo desnudo, encontré con el microscopio células aisladas o núcleos con las características melanóticas. Paget fue el primero en reportar una serie relativamente grande de 25 pacientes con “cáncer melanoide”. De los 8 hombres y 17 mujeres, 20 tenían entre 20 y 60 años de edad. Catorce casos eran de piel, 9 de la órbita y dos de genitales (uno en vagina y otro en testículo). Once



tenían antecedente de nevus o verruga anterior. La lesión primaria se quitó en 18 pacientes, 5 de los cuales vivieron más de 2 años posteriores. El resto falleció hasta los 2 años. Paget describió lo que ahora conocemos como melanoma extensivo superficial como: *"El paciente generalmente sabe cuando algún lunar, marca de nacimiento o de la infancia, comienza a crecer. En algunos casos el crecimiento es superficial y la mancha oscura se extiende a un área mayor; en otros casos la masa crece en altura y aparece prominente o péndula"*.

Oliver Pemberton 1825-1897



En 1858, Pemberton se refirió a la melanosis en sus *"Observations on the History, Pathology and Treatment of Cancerous Diseases"*. Notó que el cáncer melanótico está frecuentemente localizado *"cerca de un nevus congénito o verruga, o las marcas de nacimiento devienen en degeneración melánica"*. Remarcó que *"en sus colores, las melanosis tienen muchos tonos de sombra. En su forma primaria en piel es casi siempre amarronado. Más tarde la sombra marrón toma color negro intenso. Otras veces, como en los cambios en las verrugas, toma color gris oscuro"*. Pemberton recogió unos 60 casos, 33 hombres 27 mujeres, de melanomas cutáneos y oculares y estudió las apariencias *post mortem* en 33 casos, con detalles. Sus autopsias demostraron que el hígado, pulmones, pleura, peritoneo, ganglios linfáticos y huesos estaban comúnmente afectados. Notó que es *"más una enfermedad del adulto de edad media o avanzada que de la niñez"*. También reportó el primer caso de melanoma en un individuo de piel negra, de 29 años, nativo de Madagascar, con la lesión a un costado del pie, un sitio frecuente en los pacientes de piel oscura. El paciente murió con enfermedad diseminada, a pesar de la amputación de la pierna por debajo de la rodilla. En su extensa revisión, reportó unos 25 casos en detalle, algunos previamente publicados. Concluyó que ninguno de los tratamientos a esa fecha era efectivo.

Sir Jonathan Hutchinson 1828-1913



A él se acredita la primera descripción del melanoma subungueal, que describió en 1857 en un artículo titulado *"Melanotic Disease of the Great Toe following a Whitlow of the Nail"*.

En el mismo año en que Fergusson describió un melanoma subungueal del hallux, Hutchinson se refirió a la entidad como hematoma subungueal melanótico, otra vez en 1886, manifestando que la amputación temprana era primordial. En 1892 y 1894 describió e ilustró una serie de casos, de donde el nombre de *"lentigo maligno de Hutchinson"* comenzó a aplicarse. Describió: *"Sir A.D. (de 56 años), con una gran mancha negra en su mejilla izquierda, presente por muchos años pero ahora aumentando de tamaño; no una mancha continua sino una sucesión de manchas confluentes; una fea úlcera no pigmentada se desarrolló sobre la mancha, cercano al borde del párpado. Esta úlcera era epiteliomatosa en algunos casos y sarcomatosa en otros."*

Otras descripciones de fines del Siglo XIX

En 1885, Tennent reportó en el *Glasgow Medical Journal*, en un paciente con melanoma avanzado, que *"la orina presentaba un color peculiar: un tinte negro verdoso"*. Creía que este tinte se asociaba la absorción de melani-na. También notó que los colores de los tumores secundarios múltiples variaban en su intensidad, inclusive algunos llegaban a no tener color o pigmentación de ninguna clase. Manifestaba que interferir en algunos lunares podía ser peligroso. En este tiempo la resección quirúrgica amplia era lo preconizado. Joseph Cotas, escribiendo en el mismo ejemplar del *Glasgow Medical Journal*, recomendó que la operación debe ser ejecutada removiendo el tejido a alguna distancia por fuera de los límites aparentes del crecimiento. Las controversias con respecto a la disección ganglionar no son nuevas, y ya se discutían sus indicaciones hace más de un siglo. Show escribió en 1892 en *Lancet* *"la completa futilidad de las medidas operatorias dirigidas solo a las lesiones del sitio primario, viendo la fundamental importancia de asegurarse siempre que fuera posible la erradicación perfecta de los ganglios linfáticos, que estarán necesariamente infectados; antes de que el crecimiento siga la remoción radical, es la más segura y fácil medida a tomar"*.

Finalmente, Gillchrist informó, en 1899, el primer caso de un melanoma microscópicamente confirmado en un hombre de piel negra. Estaba en la planta del pie y falleció con una diseminación.

Aportes tempranos del Siglo XX

En 1903, Frederic Eve dio una conferencia sobre 45 pacientes con melanoma tratados en el Hospital de Londres en los 20 años previos. Los melanomas cutáneos



os comprendían el 73% de los casos y la mayoría de ellos (80%) aparentemente originados en un lunar previo. Describió un melanoma de la planta del pie y otro de la palma. Remarcó que *"el melanoma es generalmente considerado el más maligno de los tumores, pero tiene algunas excepciones"*, incluyendo en su serie un paciente que sobrevivió 20 años. El manejo clínico de esa época se dirigía al tratamiento del sitio primario y los ganglios regionales. En sus palabras: *"El tratamiento del melanoma de la piel puede darse en pocas palabras, de acuerdo con la situación y extensión de la enfermedad. La remoción de la cadena ganglionar cercana, se palpen agrandados o no, nunca debe omitirse, pues se debe tener como cierto que en la mayoría de los casos están afectados. Durante los 6 años previos identificó 3 casos de melanoma subungueal y 3 casos de melanomas de mucosas."*

En 1906, Fox hizo notar que un melanoma puede originarse en un nevus preexistente o en la piel sana, *"aunque por lejos son los nevus la situación más común de la cual el crecimiento melanótico ocurre, puede aparecer en piel totalmente desprovista de tejidos névicos"*.

William Sampson Handley 1872-1962



En 1907, William Sampson Handley dio 2 conferencias Hunterianas (Hunterian lectures) sobre *"The pathology of Melanotic Growths in relation to their operative treatments"* (La patología de los crecimientos melanóticos en relación a su tratamiento operatorio).

Demostró los trayectos anatómicos de la diseminación y la permeación linfática centrífuga. Basó sus estudios en una autopsia de un paciente con melanoma muy avanzado. Desde esta relativamente magra base de datos preconizó la resección local amplia del sitio lesional primario, la disección ganglionar regional y la amputación en casos seleccionados. Éste es un importante documento histórico, ya que las recomendaciones de Handley formaron las bases para el tratamiento del melanoma para los siguientes 50 años o más, hasta que las extensas resecciones del MM primario y la efectividad de la linfadenectomía comenzaron a ser cuestionadas.

Handley recomendó e ilustró operaciones para el "sarcoma melanótico de la piel". Cuando un MM surgía en un dedo, la amputación del mismo era primordial. Los colgajos debían ser planeados sin incluir piel a una pulgada de distancia del tumor. Para otras áreas recomen-

daba: *"realizar una incisión circular alrededor del tumor en una distancia segura y practicable para los estándares actuales. La incisión, como regla a una pulgada del tumor (2,54 cm), debe exponer en profundidad la grasa subcutánea. De ahí, la piel con sus adherencias al plano siguiente, es separada de los tejidos profundos unas 2 pulgadas en todas direcciones (360°). En los extremos de los tejidos elevados, otra incisión circular hasta el músculo, aísla la zona de la fascia profunda. Esta área facial se disecciona en sentido centrípeta sobre los músculos hasta la incisión circular de piel. Finalmente, toda la masa con el crecimiento en su centro es removida con bisturí, incluyendo parte del músculo subyacente al tumor. La excisión de los linfáticos debe llevarse a cabo de la misma forma. En casos tardíos, puede ser necesario remover además la piel sobre los ganglios afectados"*.

W. G. Spencer, cirujano del Hospital Westminster, dictó la conferencia Bradshaw sobre melanosis en 1923, revisando el pensamiento de la época y la formación química de la melanina, pero no aportó nada al manejo clínico de la enfermedad.

Treinta y siete años más tarde, otro cirujano del mismo hospital, Sir Stanford Cade, dictó la misma conferencia sobre el tema homónimo. Los principales conceptos de Cade fueron que el melanoma maligno no es naturalmente tan mortal como otros cánceres comunes, como pulmón, esófago o estómago, y que la tasa de supervivencia a 5-10 años es comparable a otras neoplasias en las que el tratamiento se efectuó en el tiempo adecuado. Propuso 10 reglas para los "médicos del mañana";

1. Los lunares no son manchas de belleza.
2. Una cicatriz es más segura que un lunar.
3. Remover o resecar el melanoma juvenil antes de la pubertad.
4. No coquetear con las lesiones pigmentadas.
5. No "arañar" las áreas linfáticas.
6. No descartar nunca el espécimen.
7. Remover el crecimiento primario en forma amplia y tridimensional.
8. Mire críticamente a las ediciones de 1960 de textos quirúrgicos que posean información de 1930.
9. No niegue al paciente la radioterapia.
10. Practique quimioterapia.

Desde los tiempos de Cade, la incidencia y el tratamiento de esta condición han sido cambiantes, pero parece cierto que, hasta que la verdadera naturaleza biológica de la relación huésped-tumor sea totalmente comprendida, los avances terapéuticos serán lentos. A manera

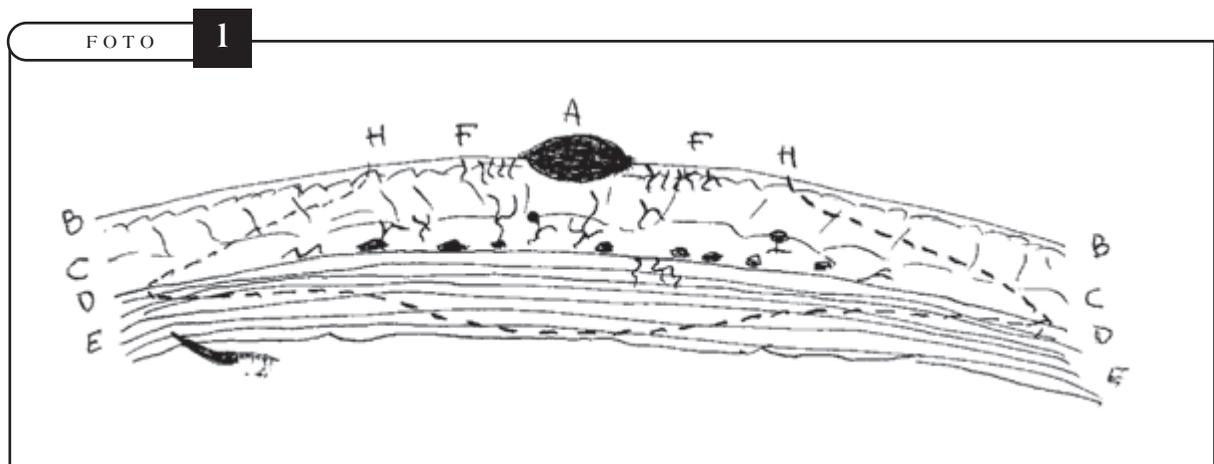


de conclusión, agregamos parte de la perorata retórica de Cade en ocasión de su conferencia:

“Aunque es natural del hombre morir alguna vez, la víctima del melanoma maligno no debe morir por centímetros de la Muerte Negra. Las medidas que en abundancia nos da la ciencia, no deben usarse tímidamente sino agresivamente para combatir el enemigo pigmentado, que reclama al individuo rubio, al joven o al viejo con igual imparcialidad”.

Addendum

Las fotografías fueron obtenidas del sitio web de la Biblioteca Nacional de Medicina de los E. Unidos (NLM) cuyo sello se reconoce en la parte posterior de cada una, excepto la de Handley.



ESQUEMA DE LA RESECCIÓN ANATÓMICA PRECONIZADA POR W. HANDLEY EN EL CASO DE UN MELANOMA NODULAR. DESCRIPCIÓN EN EL TEXTO. SE REALIZÓ SOBRE LA BASE DEL ESQUEMA ORIGINAL PUBLICADO EN (5)

Bibliografía

1. Bennett J.P.Hall Per: Moles and melanoma: a history. Ann. R.Coll.Surg.Engl. 1994;76;373-380
2. Urteaga O. Y Pack.G.: On the antiquity of melanoma. Cancer May 1966. Vol. 19 607-610.
3. Bodenham D.C.: A study of 650 observed malignant melanomas in the southwest region. Ann.R.Coll.Surg. Engl. 43:218, 1968.
4. Silvers D.N.: On the subject of primary cutaneous melanoma: an Historical perspective. En Fenoglio C.M.,Wolff M. (Edit.) Progress in surgical Pathology Vol. IV. New York Masson. 1982
5. Davis N., MacLeod G.R.: the history of Melanoma from Hunter to Handley (1787-1907). En Cutaneous Melanoma Second Edition Balch C.,Houghton A.,Milton G., Sober A., Song S. (Edit) J.B. Lippincott Company 1992.
6. Lynch H.T., Fusaro R.M.: the surgeon, genetics and malignant melanoma. Arch.Surg. 1992, 127; 317-320.
7. Baab G.H.; McBride C.M.: Malignant melanoma: the patient with an unknown site of primary origin. Arch. Surg. Aug.1975; 110:896-900.
8. Pasquini P.: Does assessment of family history of melanoma provide valid information?. Arch.Dermatol. Dec. 1999; 135:1527-1528.
9. Ming M., Levy R.,Hoffstad O.,Filip J., Gimotty P.,Margolis D.; Validity of patient self reported history of skin cancer. Arch.Dermatol. Jun.2004, 140:730-735.
10. Whited J., Grichnik J.: Does this patient have a mole or a melanoma? JAMA, Mar.1998; 279: 696-701.
11. Crumley R.: Some pioneers in Plastic Surgery of the facial Region. Arch.Facial Plast. Surg. Jan.2003; 5: 9-15.



XXXVII Congreso Argentino de Cirugía Plástica

En la ciudad de Rosario, del 28 al 31 de marzo de 2007, se realizó el XXXVII Congreso Argentino de Cirugía Plástica, que tuvo como autoridades a los Dres. Adalberto Borgatello (Presidente) y Carlos Caviglia Bosch como Presidente Honorario; en el Comité Ejecutivo, a los Dres. Juan B. Albertengo, Guillermo Siemenczuk y Edgardo Raggi; en el Comité Científico, a los Dres. Carlos Boggione y Juan J. Galli.

Se realizó un Curso Internacional Pre Congreso, dirigido por el Dr. Guillermo Vázquez. Se contó con las conferencias de los invitados extranjeros Dres. Wilfredo Calderón (Chile), Bruce F. Connell (EE.UU.), Jorge De La Torre (EE.UU.), Jobe Fix (EE.UU.), Mario Godoy (Chile), James Grotting (EE.UU.), Elizabeth Hall- Findlay (Canadá), Alberto Irigaray (Uruguay), Nicanor G. Isse (EE.UU.), Dan Mills (EE.UU.), Osvaldo Saldanha (Brasil), José M. Serra Renom (España), Kenneth C. Shestak (EE.UU.), Antonio Tapia (España), José Tariki (Brasil) y Luis Vasconez (EE.UU.).

Se desarrollaron conferencias y mesas redondas sobre lifting, rinoplastias, mastoplastias de aumento y reducción, reconstrucción mamaria y contorno corporal, entre otros temas. Se realizaron los Capítulos de Quemados; Mano, Miembros y Microcirugía, de Cirugía Maxilofacial y una mesa sobre el tratamiento de la calvicie.

Se incorporaron a la SACPER 12 Miembros Titulares: 8 por presentación de trabajo científico y 3 por examen. También se efectuó la reunión de Ex presidentes de la SACPER, donde se delinearón las políticas con las Sociedades del interior y del exterior del país.

El Premio Senior fue adjudicado al trabajo: "Restauración del Volumen y la Estética Periorbitaria en Casos Complejos de Rejuvenecimiento Facial", cuyo autor fue el Dr. Juan Martín Chavanne. Los Premios Junior e Investigación quedaron desiertos. El Premio Póster se adjudicó al trabajo: "El Colgajo Anticubital en la reparación de defectos post-quemadura en el codo", presentado por los Dres. Dyzenchouz Diana, Ayala Carla, Jananis Diego y Bertone Hugo del Hospital de Quemados Buenos Aires. Y se otorgó una Mención al trabajo "Reconstrucción de cara posterior del tobillo con colgajo sural a flujo retrógrado" de los Dres. Juan Martín Chavanne, Diego Schnellmann, Juan Martín Bistonte, Daniel Lovera y Francisco Errea, del Hospital Británico.

El 30 de marzo se celebró la Asamblea de la SACPER en la que se aprobó el balance anual. Se aprobaron las modificaciones al estatuto, se nombró como Miembro Honorario Nacional al Dr. Juan José Galli. Se reeligió, por unanimidad, para continuar como editora de la Revista Argentina de Cirugía Plástica a la Dra. Martha O. Mogliani y para el Curso trienal se reeligió, por mayoría, al Dr. Ricardo Losardo. Se determinó que la sede para el XXXIX Congreso Argentino 2009 será la Ciudad de Mar del Plata, y estará a cargo de la organización el Dr. Claudio Ghilardi.

La concurrencia al Congreso fue muy numerosa y constituyó un éxito en su organización científica. Desde este espacio felicitamos a los organizadores por la ardua tarea que desarrollaron para que el evento sea exitoso.

Dra. Martha O. Mogliani
(Editora)



Noticias SACPER

◆ Congreso SACPER 2008 - XXXVIII Congreso Argentino de Cirugía Plástica

Del 2 al 5 de abril de 2008

Buenos Aires Sheraton Hotel & Towers, Argentina

Estimados colegas y amigos:

*Es un privilegio dirigirme a ustedes para comunicarles que juntamente con el Dr. Juan Carlos Rodríguez, hemos sido propuestos para organizar el **XXXVIII Congreso Argentino de Cirugía Plástica**.*

*Confirmamos que este evento se desarrollará durante los días **2 al 5 de abril de 2008**, en el **Buenos Aires Sheraton Hotel & Towers**.*

El Comité Científico ha sido conformado por cirujanos plásticos de renombre y amplia trayectoria que elaboran un programa con los últimos avances de nuestra especialidad.

Será muy grato contar con la participación de ustedes, intercambiar ideas y proyectos, reencontrándonos en un ambiente de camaradería.

Los esperamos.

Cordialmente,

Ricardo Yohena

Temas centrales

Trasplante de cara

Cirugía endoscópica en cirugía estética

Grandes avulsiones en miembros

Controversias en mastoplastias

Lesiones por presión

Comité Organizador

Comité Ejecutivo

Presidente de Honor: Dr. Julio Cianflone

Presidente: Dr. Ricardo Yohena

Vicepresidente: Dr. Juan Carlos Rodríguez

Secretario General: Dr. Francisco Olivero Vila

Secretarios Adjuntos: Dres. Hugo Loustau, Braulio Peralta

Tesorero: Dr. Gustavo Marenzi

Pro-Tesorero: Dra. Paulina Iwanik

Comité Científico

Presidente: Dr. Enrique P. Gagliardi

Miembros: Dres. Osvaldo Cudemo, Abel Chajchir, Pedro Dogliotti, Guillermo Flaherty, Jorge Herrera, Luis Margaride, Paulino Morales, Aldo Motura, Juan Carlos Seiler

Director Curso Pre-Congreso: Dr. Rubén Rosati

Coordinador Curso Pre-Congreso: Dr. Pedro Bistoletti

Director Meeting: Dr. Walter Servi

SACPER

Autoridades Período 2007 - 2008

Presidente: Dr. Ernesto Adrián Moretti

Vicepresidente: Dr. Víctor Oscar Vassaro

Secretario General: Dr. Francisco Jorge Famá

Prosecretario: Dr. José Francisco Nociti

Secretario de Actas: Dr. Jorge Díaz García

Tesorero: Dra. Paulina Iwanik

Protesorero: Dr. Sergio Mario Korzin

Director de Publicaciones: Dr. Guillermo Siemienczuk

Subdirector de Publicaciones: Dr. Patricio F. Jacovella

Vocales: Dres. Alberto J. Abulafia, Esteban H. Elena, Gustavo D. Caputti

Vocales Suplentes: Dres. Néstor Martín Vincent, Sandra Filiciani, Carlos José Rey, Gustavo A. Chajchir

Importes (hasta el 31 de octubre de 2007)

SACPER - Miembros Titulares: \$ 600. Residentes* - Cursistas*: \$ 200. Asistentes: \$ 1.200

* Será condición indispensable que el servicio esté reconocido por la SACPER, y que el título de médico tenga fecha posterior al 5 de abril de 2003. Deberán presentar al momento de la inscripción una constancia que acredite su condición, así como fotocopia del título.

Secretaría del Congreso

Carlos Lanzilotta SRL

Sarmiento 1617 - Local 39 - Paseo La Plaza.

1042 Ciudad Autónoma de Buenos Aires - Argentina

Tel/Fax: (5411)4371-3113

E-mail: 38congresosacper@lanzilotta.com.ar

Comercializa

Pilar Ponce de León

Tinogasta 4151 (1417) Ciudad Aut. de Buenos Aires

Tel/Fax: (5411)4367-.4481/4639-4820.

Celular (15)4422-4410

E-mail: pilarponcedeleonppl@gmail.com



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

El Curso Anual se realiza en la AMA (Av. Santa Fe 1171) los 2º y 4º martes de cada mes, de 21:00 a 23:00 hs, desde el 22 de mayo al 27 de noviembre.

Programa

Mayo 22 Módulo: Cráneo maxilofacial

Disertantes:

Lic. Gabriela Barrial - Coaching, liderazgo y oratoria

Dr. Carlos J. Rodríguez - Distracción ósea

Dr. Carlos Perroni - Cirugía cráneo-facial

Coordinador: Dr. Pedro Doglioti

Junio 12 Módulo: Estética facial. Rellenos

Disertantes:

Dr. Luis Heredia - Metacrilato

Dr. Patricio Jacovella - Hidroxiapatita

Dra. Rosa Flom - Acido hialurónico

Dr. Pérez Rivera - Acido hialurónico

Coordinador: Dr. Enrique Gagliardi

Auspiciante: Sirex

Junio 26 Módulo: Gluteoplastias

Disertante:

Dr. Raúl González (Brasil) - Curso de gluteoplastia: Implantes. Pexia glútea

Coordinador: Dr. Marcelo Robles

Auspiciante: Lombardozi

Julio 10 Módulo: Reconstructiva y estética facial

Disertante:

Dr. Leonardo Dias (Brasil) - Una nueva propuesta para el tratamiento de parálisis facial periférica. Cirugía cosmética, en busca de la belleza eterna.

Coordinador: Dr. Rodríguez

Auspiciante: Lombardozi

Agosto 14 Módulo: Blefaroplastia estética

Disertante:

Dr. Jaime Arrigada (Chile) - Curso de cirugía palpebral

Coordinador: Dr. Francisco Errea

Auspiciante: Lombardozi

Agosto 28 Módulo: Rinoplastia

Disertante:

Dr. Joao Prado Neto (Brasil) - Curso de rinoplastia. Escultura de la punta nasal. Rinoplastia secundaria

Coordinador: Dr. Manuel Viñal

Auspiciante: Mentor

Setiembre 11 Módulo: Blefaroplastia reconstructiva

Disertantes:

Dr. Rodolfo Ferrer - Periórbito blefaroplastia

Dr. Eduardo Gallo - Reconstrucción palpebral

Dr. Luis Vahas - Ptosis palpebral

Coordinador: Dr. Eduardo Errea

Auspiciante: Mentor

Setiembre 25 Módulo: Estética facial. Ritidoplastia

Disertantes:

Dr. Daniel Jacobovsky (Chile) - Ritidoplastia facial. Ultimos conceptos MACS Lift. Ritidoplastia – SMAS vs MACS

Dr. Alberto Abulafia

Coordinador: Dr. Guillermo Flaherty

Octubre 2

Módulo: Misceláneas

Disertantes:

Reunión Conjunta Buenos Aires, Argentina - Nuevas tecnologías en cirugía plástica

Dr. Alexander Kronic (Universidad de Chicago – EE.UU.)

- Tumores de piel. Melanoma

Coordinador: Dr. Vicente Bertoni

Auspiciante: Palomar

Octubre 9

Módulo: Misceláneas

Disertantes:

Dra. Nora Petralli - Hilos reafirmantes

Dr. Jorge Manuel Cuvina - Músculos de mímica. Nuevos conceptos de SMAS

Dr. José Viñas - Conociendo a un pionero de la cirugía plástica argentina

Coordinador: Dra. Martha Mogliani

Auspiciante: Lombardozi

Octubre 23

Módulo: Rinoplastia

Disertantes:

Dr. Santiago Goldenberg - Rinoseptumplastia secundaria a cirugía funcional valvular

Dr. Marcos Martínez Ruiz - Rinoplastia primaria y secundaria

Coordinador: Dr. César Nocito

Noviembre 13

Módulo: Estética facial

Disertantes:

Dr. Néstor Vincent - Curso de toxina botulínica

Dr. Goldman (Brasil) - Curso de toxina botulínica

Dr. Diego Capón - Curso de toxina botulínica

Coordinador: Dr. Manuel Sarabayrousse

Auspiciante: Allergan



Noviembre 27

Módulo: Fisurados

Disertantes:

Dr. Roberto Martínez - Fisura labio alvéolo palatina

Dr. Rubén Aufgang - Unilateral. Bilateral

Dra. Angélica Nagahama - Sistema de gestión para consultorio

Lic. Martín Raznoszczyk -

Coordinador: Dr. Rubén Rosati

Inscripción: AMA (Av. Santa Fe 1171, Buenos Aires)

Al momento de su inscripción, se efectuará el control de acuerdo con el registro actualizado de la SACPER y filiales de la SACPER. Los cirujanos plásticos no miembros de la SACPER deben presentar su acreditación de la especialidad.

No se admiten especialistas de otras disciplinas

Costos

Miembro de la SACPER: sin costo alguno

Miembros adherentes de las filiales: \$ 250

Cirujanos Plásticos no miembros SACPER: \$ 500

Residentes, becarios, cursistas (cirugía plástica): \$ 200

Certificados: a cargo de la AMA con puntaje para la recertificación

Director Curso 2007: Dr. Francisco Errea

Presidente SACPER: Dr. Ernesto Moretti

Informes e inscripciones:

SACPER 4816-3757/0346

AMA 4814-0634

❖ Curso Trienal. Curso Superior de Especialización en Cirugía Plástica

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

1) Cuerpo Docente:

Director Dr. Ricardo J. Losardo

Secretario General: Dr. Andrés Dimópulos

Profesores Consultos:

Prof. Dr. Fortunato Benain

Prof. Dr. Ulises de Santis

Prof. Dr. Néstor Maquieira

Prof. Dr. Victor Nacif Cabrera

Prof. Dr. Flavio Sturla

Prof. Dr. Héctor La Ruffa

Cirugía del Quemado:

Prof. Titular Dr. Vicente Bertone

Prof. Adjunto Dr. Gustavo Prezzavento

Prof. Auxiliar Dr. Carlos Sereday

Cirugía Plástica de Miembros:

Prof. Titular Dr. Ricardo Yohena

Prof. Adjunto Dr. Francisco Olivera Vila

Cirugía Plástica Infantil:

Prof. Titular Dr. Susana Ruiz

Prof. Adjunto Dr. Rubén Aufgang

Prof. Auxiliar Dra. Cristina Rijavek

Cirugía Maxilofacial:

Prof. Titular Dr. Pedro Dogliotti

Prof. Adjunto Dr. Juan Carlos Rodríguez

Prof. Auxiliar Dr. Juan M. Chavanne

Cirugía Plástica Oncológica:

Prof. Titular Dr. Ricardo Losardo

Prof. Adjunto Dr. Rodolfo Toledo Ríos

Cirugía Estética (Cátedra I y II):

Prof. Titulares Dres. Enrique Gagliardi y Horacio García Igarza

Prof. Adjuntos Dres. Osvaldo Cudemo y Jorge Patané

Prof. Auxiliares Dres. Justo La Torre y Andrés Dimópulos

2) Hospitales (actividades teórico-prácticas)

Hospital de Niños "Ricardo Gutiérrez"

Hospital de Pediatría "Juan P. Garrahan"

Hospital de Quemados

Fundación del Quemado

Hospital Evita de Lanús

Hospital Británico

Hospital de Rehabilitación del Lisiado

Hospital Municipal de Oncología "Marie Curie"

Hospital General de Agudos "Enrique Tornú"

Hospital Naval "Pedro Mallo"

Hospital General de Agudos "Carlos Durand"

Hospital General de Agudos "Juan Fernández"

3) Ingreso

Requisitos:

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

Cierre de inscripción: 16 de junio del 2006

Evaluación de ingreso: 24 de Junio del 2006

Vacantes: 4 (cuatro)

Inicio del curso: 1° de julio de 2006

4) Certificado otorgado:

Especialista en Cirugía Plástica y Reconstructiva (Asocia-



ción Médica Argentina y Ministerio de Salud Pública y Acción Social).

a. Plan de estudios. Se cursarán en los 2 (dos) primeros años del Curso Superior, 6 (seis) materias o asignaturas cuatrimestrales.

Al finalizar cada asignatura, el alumno deberá contar con el 80% de asistencias y aprobar la evaluación teórico-práctica. Al finalizar este ciclo(básico), el alumno deberá aprobar un final de las 6 materias.

En el tercer año, el alumno elegirá una de dichas materias para nuevamente cursar en forma anual y contar con el 80% de asistencias.

Al finalizar este segundo ciclo (especializado), el alumno deberá aprobar un examen teórico-práctico de esa sola asignatura.

b. Carga horaria total del curso: 3.000 horas.

Curso Superior de Especialización en Cirugía Plástica (Trienal)

Julio 1977 - Julio 2007

30 años formando especialistas en Cirugía Plástica

◆ III Jornadas Nacionales Interdisciplinarias para el Tratamiento de Fisuras Labio-Alvéolo-Palati nas

Del 23 al 25 de agosto de 2007

Puerto Iguazú, Misiones.





Sociedad de Cirugía Plástica de Buenos Aires

❖ XII Simposio Internacional de Cirugía Plástica "Siglo XXI"

19 y 20 de octubre de 2007. Hotel Hilton Buenos Aires. Organiza la Sociedad de Cirugía Plástica de Buenos Aires (SCPBA).

Presidente: Dr. Luis M. Ginesin

Coordinadora General: Dra. Martha O. Mogliani

Secretario: Dr. Eduardo Errea

Tesorero: Dr. Claudio Saladino

Comité Ejecutivo

Dr. Osvaldo Cudemo

Dr. Abel Chajchir

Dr. Carlos Reilly

Dr. Manuel Viñal

Invitados Extranjeros

Peter Bela Fodor MD (USA)

Dennis Hurwitz MD (USA)

Michael J. Yaremchuk MD (USA)

Temas

- Aumento aloplástico del tercio medio de la cara.
- Corrección de las complicaciones post blefaroplastia.
- Avances en lipoplastia.
- Lipoplastia secundaria.
- MACS lift.
- Avances y nuevas técnicas en cirugía mamaria.

Aranceles (hasta el 31 de Julio de 2007):

- Miembros de la Sociedad de Cirugía Plástica de Buenos Aires (SCPBA) **\$180.**
- Miembros Titulares de la Sociedad Argentina de Cirugía Plástica, Estética y Reparadora (SACPER) y sus filiales **\$180.**
- Miembros Titulares de las Sociedades Chilena, Peruana, Uruguaya, Paraguaya y Brasileira de Cirugía Plástica **\$180.**
- Miembros de la Federación Ibero-latinoamericana de Cirugía Plástica (FILACP), IPRAS, ISAPS) **\$450.**

- Residentes de Cirugía Plástica, Becarios y Cursistas de la especialidad (debidamente certificados o con menos de 7 años de antigüedad en servicios reconocidos) **\$120.**
- No Miembros **\$800.**

(* los valores son en pesos argentinos.

Informes e inscripción

Secretaría de la Sociedad de Cirugía Plástica de Buenos Aires (de lunes a viernes de 13.00 a 19.00 hs.)

Av. Santa Fe 1611- 3º piso (1060) Ciudad de Buenos Aires

Tel.: (5411) 4816-3757 / 0346

E-mail: info@scpba.com.ar

www.scpba.com.ar

❖ Sesiones Científicas

Mayo 2007

15 de mayo de 2007- AMA - 21.00 hs.

Tema: "Experiencia y criterios en el lifting cervicofacial"

Coordinador: Dr. Héctor Marino

Disertantes: Dr. Enrique Gagliardi, Dr. Jorge Herrera, Dr. Oscar Zimman.

Discusión

29 de mayo de 2007 - AMA - 21.00 hs.

Tema central: "Nuevas tecnologías en tratamientos no invasivos"

Coordinador: Dr. Sergio Korzin

Disertantes: Dr. Jorge Ottini: "Luz pulsada en fotorrejuvenecimiento" - Dr. Marcelo Robles: "Remoción de tatuajes por laser" - Dr. Roberto Simkin: "Tratamiento de lesiones vasculares" - Dr. Sergio Korzin "Uso de radiofrecuencia en rejuvenecimiento facial y corporal" "Ultrasonido en lipólisis transdérmica".

Junio 2007

5 de junio de 2007- AMA- 21.00 hs.

Tema: "Complicaciones en blefaroplastias"

Coordinador: Dr. Rubén Rosati

Disertantes: Dr. Martín Devoto, Dr. Daniel Weil

Discusión

19 de junio de 2007- AMA- 21.00 hs.



Homenaje a Ex Presidentes: Dr. Raúl Fernández Humble
Presentador: Dr. Carlos Reilly

Julio 2007

3 de julio de 2007- AMA - 21.00 hs.

Tema: "El colgajo toracodorsal de Holström para reconstrucción mamaria con implantes. Indicaciones, ventajas y desventajas, detalle de técnica"

Coordinador: Dr. Omar Ventura

Disertante: Dr. Carlos Carriquiry (Uruguay)

Discusión

17 de julio de 2007- No habrá sesión por Receso Invernal



Sociedad de Cirugía Plástica de Córdoba

❖ Sesiones Científicas

Junio 2007. Martes 12. Mastoplastia de reducción.

Julio 2007. Martes 10. Lifting facial.

Agosto 2007. Martes 14. Actualización injertos grasos. Nuevas tendencias.

Septiembre 2007. Martes 11. Homenaje al Día del Maestro.

Octubre 2007. Martes 9. Abdominoplastias no convencionales.

Noviembre 2007. Martes 13. Mastoplastias de aumento.

❖ Curso Internacional de Cirugía Plástica *in vivo*

7 y 8 de septiembre de 2007. Hotel Sheraton Córdoba.

Intervenciones a realizar

Lifting facial y frontal no endoscópico

Blefaroplastias

Dermolipectomias

Rinoplastias

Ptosis mamarias con asimetrías

Mastoplastias de reducción



Sociedad de Cirugía Plástica del Nordeste (NEA)

❖ Calendario de Reuniones Científicas

9 de junio: Complicaciones y resolución de problemas. Formosa. Reunión de Comisión Directiva.

22 de junio: Visita hospital de alta complejidad. Formosa. Cirugía en vivo.

14 de julio: Presentación de casos complejos. Resistencia. Reunión de Comisión Directiva.

28 de julio: Visita al Pediátrico Juan Pablo II. Corrientes. Cirugía en vivo.

25 de agosto: Jornadas Fisurados. Puerto Iguazú. Misiones. Reunión de Comisión Directiva, en el transcurso de las Jornadas.

13,14 y15 de setiembre: Congreso Nacional de Quemados. Resistencia. Reunión de Comisión Directiva.

13 de octubre: Evaluación de cirugías hospitalarias y educación continua. Corrientes. Reunión de Comisión Directiva.

27 de octubre: Visita Hospital Perrando. Resistencia. Cirugía en vivo.

9 y 10 de noviembre: Jornadas de Plástica Facial. Invitados: Dr. Eduardo Errea, Federico Zapata, Dr. Marcelo Rodríguez. Resistencia. Reunión de Comisión Directiva.

7 y 8 de diciembre: Reunión de Filiales con SACPER. La Plata.

15 de diciembre: Reunión de Fin de Año. Evaluación gestión. Examen a miembros y elección de Comisión Directiva 2008. Resistencia.

Horarios

10:00 a 11:00 hs.: Reunión de Comisión Directiva.

11:00 a 12:00 hs.: Reunión Científica.

Los Horarios de las Visitas Hospitalarias serán Programados por los Servicios.