



REVISTA ARGENTINA DE

Cirugía Plástica

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



ASOCIACION
MEDICA
ARGENTINA

Volumen XIII
Número 4
Año 2007



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

- | | |
|-----|---|
| 143 | Editorial |
| 144 | Manejo del dolor posoperatorio en cirugía plástica ambulatoria |
| 148 | Lifting volumétrico con hilos tensores |
| 153 | Adenomastectomía subcutánea con técnica periareolo vertical y reconstrucción inmediata con implante |
| 160 | Aplasia cutis congénita. Revisión de la bibliografía y presentación de un caso |
| 164 | Actividades científicas - SACPER |
| 168 | Actividades científicas - 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 Vízcarra

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 2007

Cirugía Estética

Dr. Eduardo Aubone

Quemados

Dr. Ricardo Terazawa

Cirugía Maxilofacial

Dr. Roque Garramone

Cirugía Infantil

Dr. Pedro Dogliotti

Cirugía de Miembros, Mano y

Microcirugía

Dr. Martín Colombo



REVISTA ARGENTINA DE Cirugía Plástica

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

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. Ricardo Terazawa

Secretario: Dr. Ricardo E. Denes

Sociedad de Cirugía Plástica de Mendoza

Olegario V. Andrade 496 (5500) Mendoza

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

Presidente: Dr. Alejandro Gutiérrez

Vicepresidente: Dr. Hugo Sánchez

Secretario General: Dr. Luis Sananes

Sociedad de Cirugía Plástica de La Plata

Calle 50 - N°374 - (1900) La Plata

Tel./Fax: (0221) 422-5111

Presidente: Dr. Roberto Lamonega

Vicepresidente: Dr. Jorge Canestri

Secretario: Dr. Carlos Daniel Schreiner

Sociedad de Cirugía Plástica de Rosario

Círculo Médico de Rosario

Santa Fe 1798 (2000) Rosario

Tel./Fax: (0341) 421-0120

Presidente: Dr. 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. Sergio Martínez

Sociedad de Cirugía Plástica de Mar del Plata

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

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

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

Presidente: Dr. Esteban Elena

Vicepresidente: Dr. José Luis Soplan

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

"Felicidades", "Feliz Navidad", "Feliz Año Nuevo". Palabras, frases éstas que son repetidas con frecuencia en el último mes del año. La mayoría de las veces son un formulismo aprendido y repetido durante años.

En respuesta a ellas, muchas personas nos dicen: "Estas fiestas no me gustan", "me ponen mal", "para mí es igual a cualquier día del año", etc., etc.

Podríamos analizar el significado de las frases que decimos. Particularmente, "felicidad" es un término muy difícil de precisar porque se refiere a sentimientos que involucran a todo un ser humano (su cuerpo, su mente, sus creencias, sus sentidos); por lo tanto, su definición es muy subjetiva.

Podemos concebir la felicidad como el sentimiento que indica que se ha encontrado la respuesta al problema de la existencia, que se han desarrollado las potencialidades que cada uno de nosotros tiene.

Podemos darnos cuenta si somos felices o infelices por comparación con otros. Por esto último podemos decir que "felicidad" es una palabra fantasiosa, porque cuando comparamos nuestras vidas con las de los otros estamos poniendo en ellos las cosas de las que nosotros carecemos y ellos sí tienen (supuestamente), y viceversa. De esta manera perdemos nuestro rumbo y entramos en la fantasía de que la felicidad consiste en tenerlo todo, en especial, el "todo material".

Además, cuando se piensa en la felicidad, se supone que uno es feliz cuando alrededor de uno hay música, fuegos artificiales, etc. como en una película... Podemos también pensar que cuando tenemos sentimientos internos, pensamientos productivos, o cuando aumenta nuestra vitalidad, sería un estado de plenitud de nuestra personalidad en su totalidad, entonces somos felices.

Podemos decir que el sentimiento subjetivo de ser feliz es el estado de bienestar total de la persona, y esto existe en la mente de esa persona. Tenemos la tendencia de asociar la felicidad con la realización de nuestros deseos y placeres y, si no los cumplimos a todos, nos sentimos infelices.

Muchas veces estos deseos pueden responder a procesos físicos, químicos de nuestro organismo y, otras, a personalidades inseguras con deseos irracionales que se asumen como necesidades físicas que causan, cuando se cumplen, una felicidad o goce efímero, porque los deseos irracionales son insaciables. Una persona envidiosa, posesiva o sádica tiene satisfacciones (felicidades) momentáneas, porque los deseos irracionales nacen de la insatisfacción dentro de uno mismo.

Podríamos decir que el goce se refiere a un acto singular, mientras que la felicidad es una experiencia continua o integrada de goce. Podemos hablar de "goces" (en plural) pero solamente de "felicidad" en singular.

El sentimiento de "felicidad" es la prueba parcial o total que se ha obtenido éxito en el "arte de vivir". Es el mayor triunfo del ser humano, porque es la respuesta de la personalidad total hacia una orientación productiva, hacia uno mismo y hacia el mundo exterior.

Tal vez el "no me gustan estas fiestas" o el "no me gusta que me deseen feliz Año Nuevo" sean motivados por preguntas dolorosas para uno mismo como ¿qué hago?, ¿cómo empleo mi vida?, ¿cuál es mi propósito?, ¿qué misión cumplo en esta vida? El no querer tener respuestas para ellas, probablemente, sea la causa del disgusto que producen estas repetidas frases.

Es indudable que el camino está muy lejos de rechazar estas frases, sino en pensar que uno no va a vivir eternamente; que al cambiar el comportamiento, cambia el pensamiento. La aceptación nos conduce a la sabiduría y ésta al amor que es plena participación.

Saber y darse cuenta de que todo cuanto queremos, apreciamos y amamos es cambiante, que no es permanente y que está destinado a morir, ¿qué nos impide abandonar lo que ya no necesitamos para poder recuperar aquello que es realmente importante para nosotros...?

La felicidad puede ser definida como lo opuesto al pesar, al dolor y a la depresión que resulta del vacío interior, de la improductividad, de la indiferencia con uno mismo.

Por todo esto, habría que modificar la concepción de que la felicidad se encuentra afuera, arriba, abajo, en el pasado, en el futuro... porque si no modificamos este pensamiento, nunca la hallaremos y buscaremos en lugares y cosas equivocadas. Sólo la encontraremos dentro de nosotros mismos. A partir de allí la compartiremos con los otros.

¡Para todos, un muy buen año que ya comienza!

Dra. Martha O. Mogliani
(Editora)



Manejo del dolor posoperatorio en cirugía plástica ambulatoria

Dr. E. Marchioni *, Dr. J. Mosovich **, Dr. M.D. Taboada ***

*Cirujano Plástico Miembro Titular SACPER y SCPBA, Fellow American College of Surgeons.

** Médico Anestesiólogo. *** Cirujano Plástico. Práctica Privada. S. M. de Tucumán. Rep. Argentina.

Resumen

En el presente trabajo los autores describen una investigación clínica realizada en 60 pacientes operados de diferentes intervenciones de cirugía plástica para determinar el grado de dolor posoperatorio y el tratamiento analgésico antiinflamatorio correspondiente.

Para llevar a cabo esta investigación, utilizaron la autoevaluación de los pacientes con una escala visual analógica de fácil lectura, que permitía obtener una valuación objetiva de la intensidad de dolor y, con ella, instituir el tratamiento seleccionado para cada uno.

Se analizan los diferentes factores involucrados en la investigación y se comentan las conclusiones a que se arribó con el presente estudio.

Summary

In the present paper the authors describe an investigation of the postoperative pain in plastic surgery patients under the regime of ambulatory surgery.

For it's realization an analog visual scale of the pain, self evaluated by the patients, was used, in order to obtain an objective degree of the postoperative pain and thus give the selected medication to each one.

All the factors involved in the surgical intervention and other determinants of the post operative period are analyzed and the conclusions are given after an evaluation of the data and the referents.

ción analgésica, encontramos distintos factores que condicionan la posibilidad de un período más confortable después de la operación.

La responsabilidad del manejo del dolor está compartida, por supuesto, entre el cirujano, el médico anestesiólogo y el personal encargado del cuidado posoperatorio.

De los mencionados factores determinantes, el principal se inicia con la entrevista preoperatoria, donde el cirujano podrá determinar, con su interrogatorio dirigido, las características de ese paciente con respecto al dolor, que su intervención hará necesario tratar con fármacos.

La adecuada recepción del paciente en el centro quirúrgico, que colabora con el manejo de su ansiedad; la premedicación que a veces el especialista anestesiólogo recomienda; y, finalmente, cuáles serán la técnica anestésica que éste y el cirujano decidieron para el paciente, la magnitud de la operación, en especial en aquellas con amplios decolamientos de tejidos y la conducta del operador, su buen o maltrato de los tejidos involucrados, son las situaciones principales a tener en cuenta.

Material y métodos

El presente estudio se realizó con 60 pacientes hospitalarios y privados de la especialidad, repartidos en 3 grupos de 20 cada uno, durante el período comprendido entre septiembre de 2004 y octubre de 2006.

Las intervenciones se detallan, en la Tabla 1, como la cantidad de pacientes que fueron sometidos a cada tipo de operación.

Para la realización de la investigación utilizamos una escala visual analógica, que personalmente e individualmente cada paciente debía consultar para dar una noción gráfica y específica de la intensidad de su dolor. Con este instrumento se procedió a seleccionar la medicación estimada como más adecuada para cada caso individual (Tabla 2).

INTRODUCCIÓN

Los pacientes de cirugía plástica conforman un grupo particular en referencia al tratamiento del dolor posoperatorio. Independientemente de cada umbral individual, muy necesario de atender en la indicación de la medica-



Uso de la escala

La mencionada escala visual es un elemento de simple factura que consta de un dibujo de una línea recta con 10 divisiones en cortos tramos para dar la sensación de escala. En el extremo izquierdo, que sería el 0 de la escala, corresponde a *ningún dolor* y el extremo derecho, o el 10 de la escala, al *peor dolor imaginable*.

Esto requiere un tiempo de explicación previo adecuado, y se le debe dar al paciente la posibilidad de realizar todas las preguntas y exponer las dudas que aparezcan para responderlas. Con tiempo adecuado mencionamos que la explicación debe ser realizada con paciencia en el preoperatorio para que la autoevaluación sea verdaderamente un indicador confiable y sirva de aviso ante cualquier cambio en la percepción individual del dolor.

Tabla 1. Distribución de los grupos de pacientes.

Primer grupo	Segundo grupo	Tercer grupo
Tumores de cara 4	Fracturas nasales 4	Reconstrucción mama (Exp-prótesis) 5
Rinoplastias 4	Rinoplastias 3	Pexia mamas 5
Implantes de mama 6	Implante mamas 5	Reducción mamas 4
Lipo mediana 3	Blefaroplastias 5	T.R.A.M. 2
Lifting facial 3	Reducción mamas 3	Lifting facial 4

Tabla 2. Escala visual analógica.

Ningún dolor									Peor dolor Imaginable

Medicación utilizada

Las drogas antiinflamatorias, analgésicas y antipiréticas son un grupo heterogéneo de compuestos, no siempre relacionados químicamente, que comparten acciones terapéuticas y efectos colaterales.

El prototipo es la *aspirina*, pero normalmente usamos la denominación AINE (antiinflamatorios no esteroides) para diferenciarlos de la utilización de estos últimos.

Por lo general, el dolor asociado a una lesión o inflamación, en el caso que nos ocupa por una cirugía, está asociado a las prostaglandinas y su capacidad de sensibilizar a los receptores del dolor.

Las acciones farmacológicas van dirigidas a la inhibición de la ciclooxigenasa, responsable de la síntesis de prostaglandinas.

De los derivados pirazolónicos usamos la *dipirona*, compuesto muy hidrosoluble, temido por sus reacciones alérgicas y con capacidad de producir agranulocitosis, pero esto en un 0,00009%. La dosis habitual es de 500 mg tres veces por día.

De los derivados del ácido propiónico usamos el *naproxeno* y el *ibuprofeno*. Los efectos colaterales son casi todos gastrointestinales, a controlar en caso de úlcus o gastritis, y con menor frecuencia, rash cutáneo, trombocitopenia, mareos o visión borrosa. El naproxeno tiene la ventaja de una vida plasmática de 14 hs aproximadamente y se presenta en comprimidos de 250, 375 y 500 mg. Su dosis habitual es de un comprimido cada 12 hs según la concentración que se seleccione.

El ibuprofeno es de venta libre y no debe excederse de los 320 mg/día.

El *diclofenac* es un derivado del ácido fenilacético. Su vida media plasmática es muy corta, de 2 a 4 hs. Viene en comprimidos de 25, 50 y 75 mg y es frecuentemente asociado a otros analgésicos (paracetamol) o relajantes musculares (carisoprodol, etc.). Su toxicidad es gastrointestinal y puede causar elevación de la enzimas hepáticas GOT y GPT en hasta un 15%.

De los opioides usamos el *dextropropoxifeno* (isómero D). Una dosis de 90 a 120 mg iguala la potencia de 60 mg de codeína y 600 mg de aspirina. Su vida media plasmática es de 6 a 12 hs.

El *paracetamol* es eficaz como analgésico, pero carece de efectos antiinflamatorios. Como en la inflamación hay exudación de plasma, los AINE ácidos se unen mucho a las proteínas y exudan junto con la albúmina consiguiendo una concentración elevada en el foco inflamatorio, la que no se obtiene con el paracetamol por su pobre unión a las proteínas. Su dosis en el adulto es de 500 mg hasta 4 veces por día.

Uso de la medicación

Todos los pacientes a quienes se administra sedación o neuroleptoanalgesia, cuando son trasladados a la sala de recuperación llevan un goteo de diclofenac lento de 75 a 150 mg que se retira una vez que el paciente decide retirarse del establecimiento. Luego se le menciona que antes de ir a su domicilio debe hacer la primera evaluación con la escala de la intensidad de su dolor. Hecho esto, se le indicaba la medicación oral a tomar las próximas horas. Se reevaluaba a las 24 y a las 72 horas, para ver si era necesario introducir cambios en las dosis o el medicamento.



Resultados de la autoevaluación

El porcentaje relativo de los pacientes evaluados fue el siguiente:

- 19% de los pacientes manifestaron dolor mínimo; éstos se manejaron con ibuprofeno y paracetamol
- 31% manifestaron un dolor considerado como leve y recibieron ibuprofeno y dipirona. La dipirona tiene la ventaja de poder ser administrada como rescate en jarabe con la consiguiente facilidad en las tomas.
- 39% manifestaron dolor moderado y se les administró diclofenac, naproxeno o la asociación diclofenac/paracetamol.
- 11% se quejaron de dolor severo y fueron medicados con dextropropoxifeno o naproxeno y rescate con dipirona jarabe.

Resultados

Análisis empírico de los datos

El dolor leve estuvo presente en el 31% y el moderado en el 39%, con lo cual llegamos al 70% de los pacientes evaluados. Esto es una pequeña confirmación en la práctica de que la cirugía de superficies como la plástica no es generadora de gran dolor.

La mejor asociación que encontramos para los dolores más importantes fue naproxeno, 2 veces por día, y rescate con dipirona o diclofenac/paracetamol, 1 o 2 veces por día.

Observaciones complementarias

Las operaciones con movilizaciones óseas no son causa de dolor importante (fracturas nasales y rinoplastias). Esto lo atribuimos a la inmovilización inmediata de la fractura, con lo que se evita el movimiento y dolor.

No hay una asociación directa entre edema y dolor: puede haber mucho edema y poco dolor o menos edema y mas dolor; es más bien una característica individual.

Las intervenciones que se realizan con anestesia general agregan el disconfort de las drogas anestésicas y la sensación de borrachera posterior (hangover).

Los pacientes con mejor riesgo quirúrgico y menor riesgo anestésico, o sea los pacientes jóvenes, se quejan más que los añosos.

Los pacientes mayores tienen una incidencia más alta de complicaciones intraoperatorias o cardiovasculares, pero menor incidencia de dolor y complicaciones posoperatorias como náuseas y vómitos o mareo. Los riesgos no constituyen una contraindicación para el uso de la cirugía ambulatoria.

Conclusiones

El cuidado del paciente comienza desde su selección adecuada, continúa durante el intraoperatorio y se manifiesta en el posoperatorio. Este período tiene una gran dependencia del acto quirúrgico, de la anestesia utilizada y de la operación en sí misma.

El temor al dolor de los pacientes no descalifica la *cirugía ambulatoria*, los porcentajes de dolor intenso son muy reducidos.

La *cirugía ambulatoria* es perfectamente compatible con la medicación posoperatoria administrada en forma oral. Las asociaciones de dos o más drogas tiene mejor efecto y acción si bien agregan un mayor costo pues hay que considerar también la medicación antibiótica.

Una situación a tener en cuenta en la Argentina es que con la política de medicamentos genéricos instituida desde el Ministerio de Salud, los farmacéuticos tienen la facultad de cambiar la prescripción que el cirujano realiza. Este cambio no siempre es beneficioso para el paciente por las diferencias existentes entre la calidad de unos y otros laboratorios. A veces, la medicación instituida parece no funcionar y se debe a una sustitución realizada sin el conocimiento del cirujano. Esto debe ser controlado de cerca.

Finalmente, aunque parezca una verdad de Perogrullo, siempre es necesario dejar un número de teléfono para consultar en el posoperatorio por alguno de los profesionales del equipo que pueda satisfacer las dudas del paciente.



Bibliografía

- Chung F., Mezei G.: Factors contributing to a prolonged stay after ambulatory surgery. *Anesth. Analg.* 1999. Dic. 89 (6): 1352-9
- Chung F., Mezei G., Tong D.: Adverse events in ambulatory surgery. A comparison between elderly and younger patients. *Can. J. Anesth.* 1999. Apr. 46 (4) 309-21.
- Saray A., Büyükkocak U., Cinel I., Tellioglu AT, Oral U.: Diclofenac and metamizol in postoperative analgesia in plastic surgery. *Acta Chir. Plast.* 2001; 43(3) 71-6.
- Akan M., Yildirim S. Et al.: An alternative method to minimize pain in the split thickness skin graft donor site. *Plast. Reconstr. Surg.* 2003. Jun. 111 (7) 2243-9.
- Zazzarini C. R.: Midazolam en anestesia intravenosa Investigación Clínica. *REVISTA ARGENTINA DE ANESTESIOLOGIA*] Vol. 57 - Num. 4 - Julio-Agosto de 1999
- Lucas Cordovi De Armas; Reynier Redondo Gomez; Zhachel Alejandro Redondo Gomez; Marina Beatriz Vallongo: Máscara laríngea vs. tubo endotraqueal en intervenciones quirúrgicas de duración prolongada. [Investigación Clínica] [*REVISTA ARGENTINA DE ANESTESIOLOGIA* Vol. 63 - Num. 3 - Mayo-Junio de 2005
- Grubissich Eduardo Pedro: Propofol en anestesia intravenosa total [Investigación Clínica] [*REVISTA ARGENTINA DE ANESTESIOLOGIA*] Vol. 57 - Num. 4 - Julio-Agosto de 1999
- Elena Gustavo A. P.: Sedación en anestesia peridural, modificaciones cardiorrespiratorias, comparación entre Midazolam y Propofol [Investigación Clínica] [*REVISTA ARGENTINA DE ANESTESIOLOGIA*] Vol. 55 - Num. 2 - Marzo-Abril de 1997
- Kelly Patricio J. Remifentanilo: perspectivas de un nuevo opiode en anestesia general endovenosa [Investigación Clínica] [*REVISTA ARGENTINA DE ANESTESIOLOGIA*] Vol. 57 - Num. 4 - Julio-Agosto de 1999
- Víctor Vassaro Rubén León: Anestesia en cirugía plástica ambulatoria *Rev-Arg- de Cirugía plástica* Vol3 Nº 4 Dic 1997 Pag. 224
- Fernandez Guisasaola Mascías J. Gómez Arnau J: Anestésicos locales en cirugía plástica y estética *Ver Cir Plast. Ibero lat Amer.* Vol 31 Nº 4 Oct-Nov-Dic 2005 Pag. 217
- Martin McCarthy, Chih-Hung Chang, et al.: Visual Analog scales for assessing surgical pain. *Journal of the American College of Surgeons.* August 2005. (Vol. 201, Issue 2, Pages 245-252)
- Frederick H. Bagley, John C. Louras, Matthew A. Conway: Pain management after hernia repair. *Journal of the American College of Surgeons.* July 2005 (Vol. 201, Issue 1, Pages 154-155)



Lifting volumétrico con hilos tensores

Dra. Nora M. Petralli*

*Jefa de Unidad Maxilofacial de la División Cirugía Plástica y Reconstructiva, Hospital "J. M. Ramos Mejía". Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Rep. Argentina.

Introducción

Ya no quedan dudas de que los criterios de juventud cambiaron y que, con respecto a la cara, los pacientes consultan por volúmenes faciales y no por "estiramientos". Sumamos a esto que los pacientes piden tiempos cortos, nada de cicatrices y posoperatorios tranquilos.

Es por eso que los procedimientos mínimamente invasivos son actualmente muy exitosos.

Dentro de los signos del envejecimiento, el más notable es el alargamiento del tercio medio de la cara (Foto 1), acompañado por la aparición de surcos nasogenianos, *jowls*, descenso de la cola de ceja y pérdida del ovalo facial.

El lifting volumétrico con hilos tensores soluciona todos estos estigmas (Foto 2), convirtiendo una cara larga, vacía, en una cara corta y llena, señal de juventud.

Hay casos ideales y no ideales para colocar hilos tensores. Los primeros son aquellos que presentan signos incipientes de envejecimiento facial, y los no ideales son los pacientes que merecerían un lifting por arrugas faciales, pero lo tienen contraindicado o no lo desean.

Nosotros sabemos que al colocar los hilos, las espículas se abren y se reposicionan volúmenes en un primer momento, mientras que en una segunda etapa ocurre la retracción de la piel. La tercera etapa es cuando el hilo, por acción del colágeno y la elastina que genera el propio paciente, se convierte en un verdadero ligamento,

FOTO

1



Preoperatorio.

FOTO

2



Posoperatorio.

FOTO

3



FOTO

5



FOTO

4



cumpliendo así su acción tensora. El total del proceso dura entre 4 y 5 meses.

El secreto del éxito de los hilos es la calidad de éstos, que no sean de molde, la cantidad de hilos, que debe ser generosa, siempre con vectores verticales de tracción, anclados a estructuras fijas y oblicuos de relleno. Deben ser colocados artesanalmente sobre el rostro de cada paciente.

Si se cumplen estos principios, el resultado será exitoso. El método es muy sencillo. Frente al paciente sentado, se marcan los vectores que nunca son menos de 6 y generalmente son un promedio de 8 (Fotos 3, 4 y 5).

Se realiza anestesia local en los puntos de entrada, salida y entrecruzamiento de hilos, aproximadamente 12 cc, para el total de una cara. Luego se procede a la colocación de los hilos, poniendo siempre primero los vectores verticales. Los procedimientos se realizan por hemicara (Foto 4), así podemos ver el volumen y acortamiento conseguido.

Una vez colocados, se cortan traccionando, para que no queden expuestos, luego se realiza, si es necesario, la liberación de la última espícula, para que no queden pozos y se finaliza la intervención con una máscara de Micropore, que acompaña a los hilos en sus vectores y que permanecerá entre 48 y 72 hs colaborando con la retracción de la piel.



FOTO

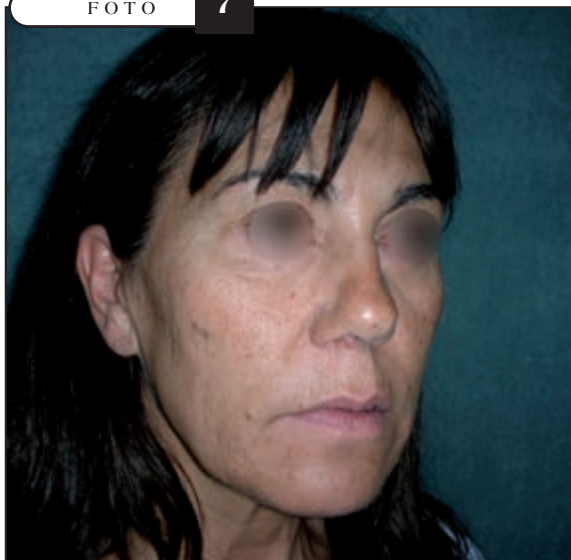
6



PREOPERATORIO.

FOTO

7



Preoperatorio.

FOTO

8



Posoperatorio.

FOTO

9



Posoperatorio.



FOTO

10



PREOPERATORIO.

FOTO

11



PREOPERATORIO.

FOTO

12



Posoperatorio.

FOTO

13



Posoperatorio.

La colocación de hilos tensores también se puede utilizar para los casos no ideales como, por ejemplo, asimetrías faciales, parálisis faciales o solo para rellenos en personas

jóvenes, por ejemplo, pómulos (Fotos 6, 7, 8, 9, 14 y 15). También pueden ser utilizados para corregir secuelas quirúrgicas o de traumatismos (Fotos 16 y 17).

FOTO

14



Preoperatorio.

FOTO

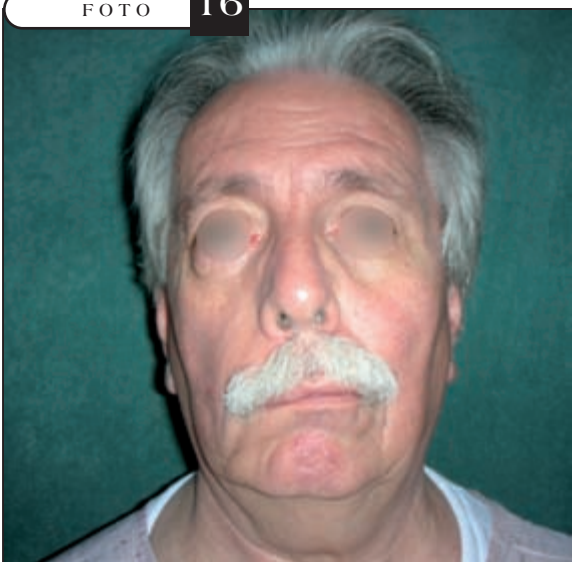
15



Posoperatorio.

FOTO

16



FOTO

17



Conclusión

En manos avezadas, la colocación de hilos tensores será exitosa y producirá satisfacción al paciente y al cirujano.



Adenomastectomía subcutánea con técnica periareolo vertical y reconstrucción inmediata con implante

Dr. J. La Torre Vizcarra**, H. Leoni*

*Medico de planta del Servicio de Cirugía Plástica del Hospital "E. Tornú". ** Jefe del Servicio de Cirugía Plástica del Hospital "E. Tornú". Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Rep. Argentina
E-mail: jlatorrevintramed.net

Resumen

La adenomastectomía subcutánea sigue siendo una indicación controvertida para los cirujanos plásticos. Describimos dos casos: el primero, cuyo diagnóstico fue hiperplasia intraductal, para la que se practicó adenomastectomía subcutánea por vía submamaria y reconstrucción inmediata con implante submuscular. El segundo, por nódulos múltiples y dolorosos posinfiltración de silicona industrial en ambas mamas, en el que se decidió una reconstrucción inmediata con implante mamario submuscular a través de una vía periareolo vertical para mejorar una ptosis leve. La conclusión es que consideramos esta indicación como un recurso válido para algunos casos.

Summary

The adenomastectomía subcutaneous remains a controversial indication for plastic surgeons. We describe two cases: the one whose diagnosis was hyperplasia intraductal where he practiced adenomastectomy subcutaneous through submamaria and immediate reconstruction with implant submuscular. The second offers multiple nodules and painful post infiltration in both industrial silicone breast in which it was decided an immediate reconstruction with breast implant submuscular through a route periareolo vertically to improve a Ptois mild. We conclude in this indication considered as a valuable resource for some cases.

Introducción

El presente trabajo trata sobre adenomastectomía subcutánea, tema controvertido para los cirujanos plásticos en cuanto a los criterios, por un lado, de indicación de cirugía y, por otro, de reconstrucción inmediata o tardía.¹⁻³

Describimos un caso en el que se decidió una reconstrucción inmediata con implante mamario, a través de una vía periareolo vertical ya que la paciente presentaba además un grado de ptosis leve. La indicación fue determinada por consultar la paciente por nódulos múltiples y dolorosos posinfiltración de silicona industrial en ambas mamas.

Se describe otro caso cuyo diagnóstico fue hiperplasia intraductal por indicación del Servicio de Ginecología donde se practicó adenomastectomía subcutánea por vía submamaria con reconstrucción inmediata.⁴

Material y métodos

En los últimos cinco años se han intervenido en nuestro Servicio ocho pacientes con indicación de adenomastectomía subcutánea en las que la conducta ha sido la reconstrucción inmediata con implantes mamarios de colocación submuscular, las vías de abordaje han sido mayormente submamarias, el criterio de exéresis ha sido compartido con el Servicio de Ginecología en los casos de patología tumoral y por indicación nuestra en los casos de siliconomas.

La primera paciente (Fotos 1 a 12) de AM, 55 años, presentaba enfermedad fibroquística grave en una mama e hiperplasia intraductal en la mama contralateral diagnosticadas por biopsia, con antecedentes de historia familiar



de cáncer mamario y reiteradas consultas por dolor. El Servicio de Ginecología indica la adenomastectomía subcutánea bilateral que realizamos por vía submamaria, practicándosele en el mismo acto la colocación de un implante de gel de silicona de 300 cc en plano submuscular total. La resección la realizamos preservando un 1 cm de grosor de cts. subdérmico en plano superficial y avanzamos hasta plano aponeurótico pectoral, del tipo simple, es decir, sin disección de la prolongación axilar. En el plano retroareolar también preservamos un grosor que nos transmita cierta seguridad vascular, tal cual avanzamos en una resección de ginecomastia.

La segunda paciente (Fotos 13 a 20) S.V. de 35 años de edad presentaba nódulos múltiples y dolorosos posinfiltración de silicona industrial en ambas mamas con leve grado de ptosis y asimetría a pesar de una aceptable a buena estética mamaria. No obstante, se le propone como único tratamiento la adenomastectomía subcutánea dado el carácter difuso y expansivo del material infiltrado evidenciado por RNM (Foto 17bis) con un año de anterioridad al margen de los nódulos o siliconomas dolorosos, con la información adecuada de los límites y riesgos potenciales de esta cirugía. Dada las características particulares de la paciente, solo consiente la operación "si no va a perder sus mamas", es decir con colocación inmediata de implantes mamarios. En este caso en particular se decide abordar por vía circumareolo vertical (Foto 21) a fin de practicar la adenomastectomía subcutánea y realizar una pexia mínima y se plantea la preservación de un buen colgajo triangular dermo graso inferior de pedículo superior areolar (Fotos 22 y 23) que permita la reconstrucción con un implante submuscular en polo superior y subdermograso en el inferior aprovechando el colgajo dermograso inferior a manera de "refuerzo" del polo inferior. Luego se procede al cierre de los colgajos medial y lateral en forma habitual previa reposición del complejo areola pezón en el punto A, dejando drenajes por contrabertura y practicando una suerte de ferulado con cinta adhesiva.

Resultados

Los resultados han sido satisfactorios en ambos casos, la primera paciente evidenció un alto grado de satisfacción y ya tiene cuatro años de evolución con controles de

RNM normales, la segunda paciente también aceptó de buen grado el resultado y tiene dos años de seguimiento, no hubo necesidad de corrección cicatrizal a pesar una cicatriz vertical algo larga pero sin sobrepasar el límite del surco submamario

Discusión y comentarios

La indicación de una adenomastectomía subcutánea como tratamiento quirúrgico lleva consigo la controversia sobre todo en los casos de etiología neoplásica;^{5,6} no obstante, pensamos que con el adecuado apoyo interdisciplinario, en particular del ginecólogo - mastólogo, una correcta y completa información a la paciente con respecto en primer lugar del potencial riesgo de conservar resto glandular detrás de la areola y en segundo lugar de un resultado estético más moderado que en una cirugía convencional de aumento mamario, es un recurso mas; válido para el arsenal del cirujano plástico. En nuestra experiencia, con los recaudos de planificación adecuada y seguimiento seriado en conjunto, hemos tenido resultados satisfactorios con escasa o nulas complicaciones.

Las indicaciones de una adenomastectomía subcutánea debe seguir un riguroso criterio de selección; distintos autores discuten aún entre si deben o no ser recomendadas en casos de cáncer de mama y si la vía de abordaje debe ser submamaria o periareolar.⁷ La mayoría coincide plenamente en que el plano de inclusión de la prótesis debe ser submuscular.

Para nosotros es más cómoda la vía submamaria amplia⁸ con incisiones de 6 a 8 cm, porque nos permite una buena disección del plano muscular, no incidimos la areola preservando la vascularización y la disección subcutánea es algo que estamos habituados hacerlo "a ciegas".

En el segundo caso, si bien se utilizó una vía circumareolar, solo se incidió todos los planos en el polo inferior, desepidermizando lo periareolar con preservación del plano subdérmico y tallando ese colgajo inferior a la manera de L. Ribeiro en la pexia con incisión vertical, se colocó el implante en posición submuscular pectoral con cobertura del polo inferior con ese colgajo como refuerzo y sostén, cerrando por encima de este los pilares lateral y medial.



Caso 1



FOTO 1. PREOPERATORIO FRENTE.



FOTO 2. POSOPERATORIO FRENTE.



FOTO 3. PREOPERATORIO PERFIL DERECHO.



FOTO 4. POSOPERATORIO PERFIL DERECHO.



FOTO 5. PREOPERATORIO PERFIL IZQUIERDO.



FOTO 6. POSOPERATORIO PERFIL IZQUIERDO.



Caso 1



FOTO 7. POSOPERATORIO 1 AÑO FRENTE.



FOTO 8. POSOPERATORIO 4 AÑOS FRENTE.



FOTO 9. POSOPERATORIO 1 AÑO PERFIL IZQUIERDO.



FOTO 10. POSOPERATORIO 4 AÑOS PERFIL IZQUIERDO.



FOTO 11. POSOPERATORIO 1 AÑO PERFIL DERECHO.



FOTO 12. POSOPERATORIO 4 AÑOS PERFIL DERECHO.

Caso 2



FOTO 13. PREOPERATORIO SILICONOMAS FRENTE.



FOTO 14. POSOPERATORIO FRENTE.



FOTO 15. PREOPERATORIO SILICONOMAS PERFIL IZQUIERDO.



FOTO 16. POSOPERATORIO PERFIL IZQUIERDO.



FOTO 17. POSOPERATORIO 1 AÑO PERFIL IZQUIERDO.

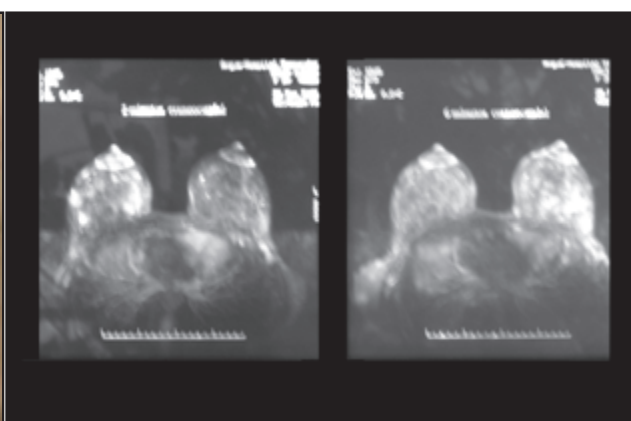


FOTO 17 BIS. TAC. CON INFILTRACIÓN DE SILICONA.

Caso 2



FOTO 18. PREOPERATORIO SILICONOMAS PERFIL DERECHO.



FOTO 19. POSOPERATORIO PERFIL DERECHO.



FOTO 20. POSOPERATORIO 1 AÑO PERFIL DERECHO.



FOTO 21. MARCACIÓN CIRCUMAREOLO VERTICAL.



FOTO 22. COLGAJO DERMOGRASO TRIANGULAR.



FOTO 23. COLGAJO Y VISTA DEL LECHO.



Conclusiones

La adenomastectomía subcutánea sigue siendo un recurso válido como tratamiento quirúrgico de patologías, ciertamente mutilantes para la paciente. Hay indicaciones que son de mayoritario consenso,

como la hiperplasia lobular atípica intraductal, papilomatosis múltiple, enfermedad fibroquística grave y posiciones encontradas cuando se diagnostica cáncer. Todo diagnóstico debe ser realizado por biopsia y complementado con los estudios de imagen correspondientes.

Bibliografía

1. Bohmert, H., Gabka, C. J., Plastic and Reconstructive Surgery of the Breast Prophylactic Mastectomy cap. 5:108 Ed. Thieme 1997
2. Goldwyn, R. M., Goldman, L. D. Cirugía Plástica y de reconstrucción de la mama, Mastectomía subcutánea y sustitución de la mama cap. 25: 405 Ed. Salvat 1981
3. Strombeck J. O, Rosato, F. E., Cirugía de la Mama Diagnostico y tratamiento de las enfermedades de la mama, mastectomía subcutánea y total Cap. 26: 274 Ed. Salvat 1990
4. Goldman, L.D., Goldwyn, R.M., Some anatomic considerations of subcutaneous mastectomy. Plast. Reconstr. Surg. 51: 501-505 1973
5. Freeman, B.S., Subcutaneous mastectomy for benign lesions with immediate or delayed prosthetic replacement. Plast. Reconstr. Surg. 30: 676- 682 1982
6. Bowers, D. J., Jr., Radlauer C.B. Breast cancer after prophylactic subcutaneous mastectomies and reconstruction with silastic prostheses Plast. Reconstr. Surg. 44, 541, 1969
7. Freeman, B. S., Technique of subcutaneous mastectomy with immediate or delayed prosthetic replacement. Br. J. Plast. Surg 22: 161, 1969.
8. Fredricks, S. Subcutaneous mastectomy: A prophylactic and cosmetic operation. Ann. Surg. 11. 137, 1969





Aplasia cutis congénita. Revisión de la bibliografía y presentación de un caso

Dres. P. Iwanyk, S. Iacouzzi

Hospital Italiano de Buenos Aires. Cirugía Plástica Pediátrica. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Rep. Argentina

Introducción

La aplasia cutis congénita es una enfermedad rara, hasta hoy hay reportados 500 casos en la bibliografía mundial. Tiene una morbilidad cercana al 13% cuando hay compromiso óseo, generalmente por meningitis, trombosis y/o hemorragia del seno venoso longitudinal medial.

Etiología: es poco clara, algunos la atribuyen a infecciones intrauterinas, necrosis por trombosis de malformaciones arteriovenosas, otros a necrosis por isquemia (similares a necrosis por decúbito), a teratógenos o bridas amnióticas. Su presentación es esporádica aunque puede haber afectados en varias generaciones.

Histológicamente, es un defecto que abarca todas las capas de la piel y puede incluir el hueso y la duramadre en un 20% de los afectados. El defecto está cubierto por una membrana amarillenta formada por colágeno dérmico sin estructuras anexiales y sin fibras elásticas. La piel circundante presenta una epidermis delgada sin anexos o con anexos atróficos.

Localización: Puede presentarse en cualquier parte del cuerpo con mayor incidencia en la cabeza (86%). Generalmente el defecto abarca el vértex entre los huesos parietales desde la fontanela anterior hasta la posterior (80%).¹⁻³

Para el tratamiento hay básicamente dos corrientes

El **tratamiento quirúrgico** implica el injerto de piel (poco usado por el déficit vascular del lecho residual) y los colgajos locales.

Ventajas: proporciona cobertura inmediata a la dura-

madre y al seno venoso longitudinal.

Desventajas: es inefectivo en grandes defectos, expone al neonato a una agresión quirúrgica. Hay descriptos episodios de dehiscencia y necrosis de los colgajos por la escasa vascularización de los bordes de la lesión.

El **tratamiento conservador** consiste en mantener la herida humectada en todo momento con apósitos embebidos con óleos, antibióticos, los cuales deben cambiarse diariamente. También está indicado el uso de la sulfadiazina de plata.

Ventajas: es fácil de realizar y no expone al neonato a la agresión quirúrgica.

Desventajas: si la escara se seca y despegas, corre el riesgo de hemorragia del seno longitudinal. La manipulación constante durante las curaciones puede provocar trombosis del seno venoso.¹⁻³

Material y métodos

Neonato que presenta aplasia cutis en la región parieto-fronto-occipital, con exposición de la duramadre y del seno venoso longitudinal (Fotos 1).

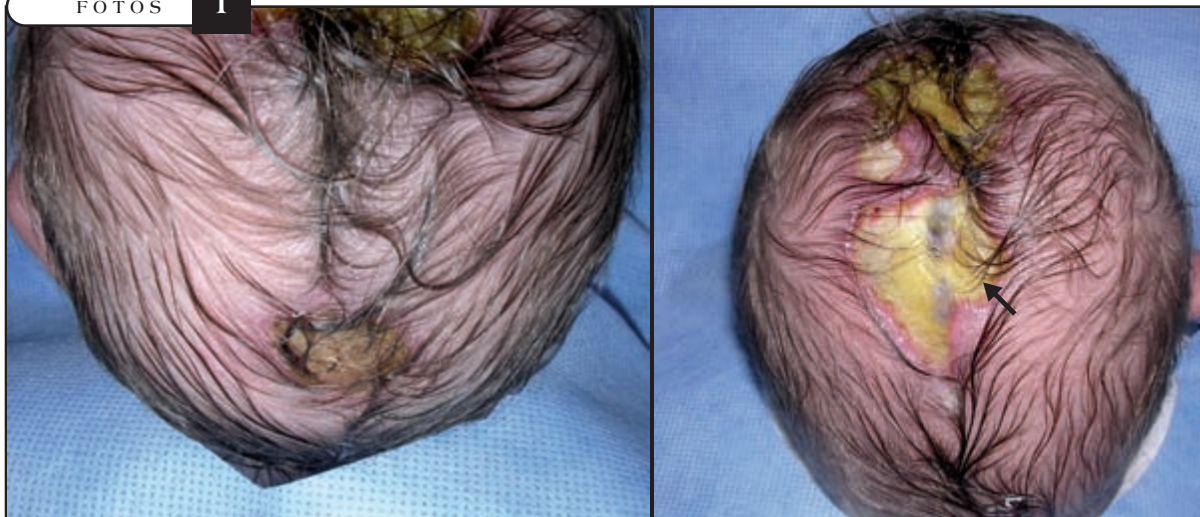
Se realizó tratamiento quirúrgico mediante movilización de colgajos occipitales de transposición y parietales de avance con incisión de descarga temporal (Fotos 3 y 4).

Resultados

Con los colgajos utilizados se logró la cobertura total de la duramadre y el seno longitudinal expuestos, minimizando la morbimortalidad de la enfermedad.

FOTOS

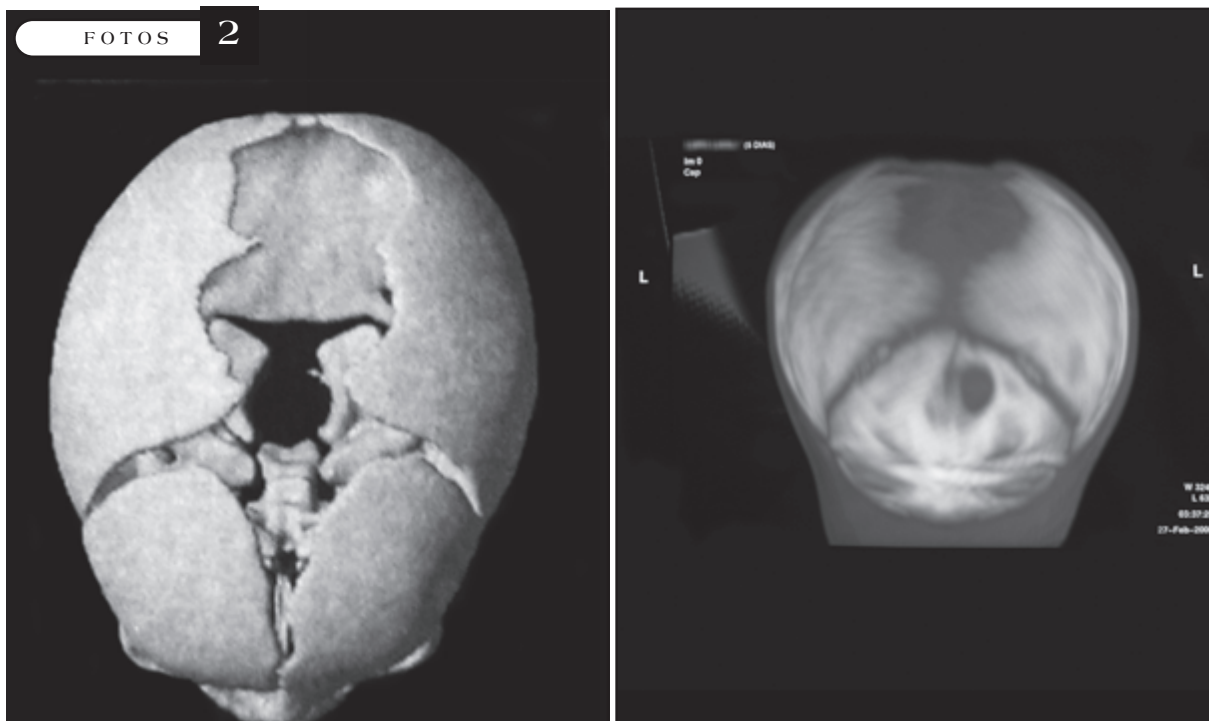
1



AUSENCIA DE TEJIDO EN REGIÓN PARIETO-FRONTO-OCCIPITAL (FLECHA SENO VENOSO LONGITUDINAL).

FOTOS

2



TAC: SE OBSERVA LA AUSENCIA DE TEJIDO ÓSEO A NIVEL DEL DEFECTO.

FOTO

3



EXPOSICIÓN DE LA DURAMADRE Y EL SENO VENOSO POSRESECCIÓN DE LA MEMBRANA QUE LA RECUBRE.

FOTOS

4



REALIZACIÓN DE COLGAJOS OCCIPITALES DE TRANSPOSICIÓN Y PARIETALES DE AVANCE CON INCISIÓN DE DESCARGA TEMPORAL.



FOTOS

5



POSTOPERATORIO ALEJADO.

Conclusión

El tratamiento de la aplasia cutis congénita representa todavía un enigma. Gran parte de la bibliografía mundial se inclina por el manejo conservador con curaciones dia-

rias, pero el riesgo de la trombosis del seno longitudinal, la exposición de las meninges y la infección llevan a los cirujanos a adoptar el tratamiento quirúrgico. El caso que presentamos (posoperatorio alejado en Fotos 5) claramente representa esta última elección.

Bibliografía

1. Congenital Scalp and Calvarial Deficiencies: Principles for Classification and Surgical Management Chad A. Perlyn, M.D., Rodney Schmelzer, M.D., Daniel Govier, and Jeffrey L. Marsh, M.D PLASTIC AND RECONSTRUCTIVE SURGERY, April 1, 2005 Vol. 115, No.
2. Management of aplasia cutis congenita of the scalp: a continuing enigma British Journal of Plastic surgery Short reports and correspondence doi:bjps. 2002.3963 10.1054/
3. Large scalp and skull defect in aplasia cutis congenita J.-Y. Yang and W.-G. Yang British Journal of Plastic Surgery (2000), 53 2000 The British Association of Plastic Surgeons doi:10.1054/bjps.2000.3413





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

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 Dogliotti



Junio 12 Módulo: Estética facial. Rellenos

Disertantes:

Dr. Luis Heredia - Metacrilato
Dr. Patricio Jacovella - Hidroxiapatita
Dra. Rosa Flom - Ácido hialurónico
Dr. Pérez Rivera - Ácido 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: Lombardozzi

Julio 10 Módulo: Reconstructiva y estética facial

Disertante:

Dr. Leonardo Dias (Brasil) - Una nueva propuesta para el
tratamiento de parálisis facial periférica. Cirugía cos-
mética, en busca de la belleza eterna.
Coordinador: Dr. Rodríguez
Auspiciante: Lombardozzi

Agosto 14 Módulo: Blefaroplastia estética

Disertante:

Dr. Jaime Arrigada (Chile) - Curso de cirugía palpebral
Coordinador: Dr. Francisco Errea
Auspiciante: Lombardozzi

Agosto 28 Módulo: Rinoplastia

Disertante:

Dr. Joao Prado Neto (Brasil) - Curso de rinoplastia. Escul-
tura de la punta nasal. Rinoplastia secundaria
Coordinador: Dr. Manuel Viñal
Auspiciante: Mentor

Setiembre 11 Módulo: Blefaroplastia reconstructiva

Disertantes:

Dr. Rodolfo Ferrer - Periorbital 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. Últimos
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 tec-
nologías 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: Lombardozzi

Octubre 23 Módulo: Rinoplastia

Disertantes:

Dr. Santiago Goldenberg - Rinoseptumplastia secundaria
a cirugía funcional valvular
Dr. Marcos Martínez Ruiz - Rinoplastia primaria y secun-
daria
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 Sarrabayrouse
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 con-
sultorio
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 filia-
les de la SACPER. Los cirujanos plásticos no miembros de
la SACPER deben presentar su acreditación de la espe-
cialidad.

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: 1º de julio de 2006

4) **Certificado otorgado:**

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

- 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

Comentario:

3ra Reunión Conjunta de Filiales de la SACPER

Durante los días 7 y 8 de diciembre del corriente año, se llevó a cabo la 3° Reunión Conjunta de Sociedades Filiales de la SACPER, en la ciudad de La Plata, que fue organizada por esa Sociedad Filial.

Participaron disertantes de todas las Sociedades Filiales, y los temas tratados fueron mastoplastias de reducción y aumento, cirugías faciales, rellenos, toxina botulínica y contorno corporal, entre otros, expuestos por prestigiosos colegas. De gran interés fue la presentación de casos problema, complicaciones, cirugía reparadora y los temas libres de los residentes.

Fue numerosa la concurrencia a este evento, que fue el marco para la camaradería, confraternización y el intercambio de ideas entre todos los cirujanos plásticos pertenecientes a la SACPER.

Felicitamos a la comisión organizadora por el trabajo desarrollado y el éxito obtenido.





Sociedad de Cirugía Plástica de Buenos Aires

❖ XII Simposio Internacional de Cirugía Plástica "Siglo XXI" - Dr. Osvaldo Cudemo

Octubre 19 y 20 de 2007. Hotel Hilton Buenos Aires. Organizado por 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)

Mark Smith 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.

Comentario:

XII Simposio Internacional de Cirugía Plástica "Siglo XXI" - Dr. Osvaldo Cudemo

El tradicional Simposio Internacional de Cirugía Plástica "Siglo XXI" de la Sociedad de Cirugía Plástica de Buenos Aires se llevó a cabo durante los días 19 y 20 de octubre en el Hotel Hilton de Buenos Aires. Contó con la disertación de destacados cirujanos plásticos reconocidos internacionalmente por su idoneidad.

El Dr. Michael Yaremchuk expuso sobre diferentes temas

en el aumento volumétrico en el tercio medio facial; remodelación del rostro por medio de prótesis; corrección de las cejas, etc.

El Dr. Peter Bela Fodor disertó sobre cirugía endoscópica, nuevos procedimientos con lipoaspiración ultrasónica y lipoplastia en zonas difíciles.

El Dr. Dennis Hürwitz habló sobre el MAC lift, remodelación de la mama con colgajo en espiral y de su experiencia en pacientes con importantes pérdidas de peso haciendo lo que él llama lifting corporal total.

El Dr. Mark Smith habló de reconstrucción mamaria post-mastectomía, areola y pezón, con implantes mamarios de Alloderm y colgajos.

A este XII Simposio se lo llamó "Dr. Osvaldo Cudemo" en homenaje a su ideólogo y creador, quien, en momentos difíciles para la Sociedad de Cirugía Plástica de Buenos Aires, decidió junto al Dr. Abel Chajchir iniciar este evento científico que, con el correr de los años, se fue transformando en un "clásico" de la cirugía plástica argentina.

Hubo más de 600 inscriptos. Felicitamos a sus organizadores por la intensa labor desarrollada, que se vio reflejada en el éxito científico y de concurrencia obtenidos.

❖ Sesiones Científicas

Agosto 2007

7 de agosto de 2007 - AMA - 21.00 hs.

Sesión Interhospitalaria I

Convocados:

- Hospital Gutiérrez

"Microtia", Dr. Rubén Aufgang (Jefe de Servicio)

"Tumores de cara en la infancia", Dr. Jorge Ciechomsky

- Hospital Garrahan (Jefe de Servicio: Dr. Pedro Dogliotti)

"Terapia intensiva en quemados", Dr. Santiago Laborde

"Cirugía craneofacial", Dr. Miguel Floria

- Htal. Ludovica de La Plata (Jefe de Servicio: Dr. Carlos Perroni)

"Fisuras de paladar primario bilateral. Técnica quirúrgica", Dr. Sergio Polichella

"Elongación columelar en fisuras de paladar primario bilateral", Dra. Laura Da Costa

Coordinador: Dr. Guillermo Flaherty

21 de agosto de 2007 - AMA - 21.00 hs.

Sesión Trabajos Cirujanos Plásticos Junior

Jurado: Dres. Julio Cianflone, Enrique Gagliardi y Susana Ruiz



Coordinador: Dr. Julio Cianflone

Septiembre 2007

4 de septiembre de 2007 - AMA - 21.00 hs.

Sesión Interhospitalaria II

Convocados: Dr. Rubén Rosati (Jefe de Servicio - Htal. Churrucá). Dr. Justo La Torre Vizcarra (Jefe de Servicio - Htal. Tornú)

Coordinador: Dr. Horacio García Igarza

18 de septiembre de 2007 - AMA - 21.00 hs.

Sesión Trabajos Cirujanos Plásticos Junior

Jurado: Dres. Julio Cianflone, Enrique Gagliardi y Susana Ruiz

Coordinador: Dr. Julio Cianflone

Octubre 2007

2 de octubre de 2007 - AMA - 21.00 hs.

Reunión Conjunta con la SACPER (Sociedad Argentina de Cirugía Plástica, Estética y Reparadora)

Presidente: Dr. Ernesto Moretti.

Coordinador: Dr. Francisco Errea

30 de octubre de 2007 - AMA - 21.00 hs.

A confirmar.

Noviembre 2007

6 de noviembre de 2007 - AMA - 21.00 hs.

Examen a Miembro Titular

Comité Evaluador: Dres. Luis M. Ginesin, Jorge Buquet y Daniel Absi.

20 de noviembre de 2007 - AMA - 21.00 hs.

Trabajos Libres

Diciembre 2007

4 de diciembre de 2007 - AMA - 21.00 hs.

Premio Anual SCPBA.

Jurado: Dres. Juan Carlos Seiler, Martha O. Mogliani y Víctor Vassaro.



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
- Dermolipectomías
- 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. Misio-



nes. Reunión de Comisión Directiva, en el trascurso del 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 seran Programados por los Servicios.

