



COMISIÓN DIRECTIVA SACPER
Período 2007-2008

Presidente

Dr. Ernesto Adrián Moretti

Vicepresidente

Dr. Víctor Oscar Vassaro

Secretario General

Dr. Francisco Jorge Famá

Prosecretario

Dr. José Francisco Nociti

Tesorero

Dra. Paulina Iwanyk

Protesorero

Dr. Sergio Mario Korzin

Secretario de Actas

Dr. Jorge Díaz García

Director de Publicaciones

Dr. Guillermo Siemienczuk

Subdirector de Publicaciones

Dr. Patricio F. Jacovella

Vocales Titulares

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 Ginesin

Comité de Ética

Coord.: Dr. Ulises De Santis

Dr. Luis Inchaurrega

Dr. Julio Frontera Vaca

Dr. Rodolfo Rojas

Comisión Educación Médica Continua

Coord.: Dr. Manuel Viñal

Dr. Ricardo Losardo

Dr. Vicente Hugo Bertone

Dr. Omar Ventura

Dr. Pedro Dogliotti

Videoteca

Dr. La Torre Vizcarra

Asistentes: Dr. Sergio Polichela,

Dr. Ernesto 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 Siemienczuk

Historia de la SACPER

Coord.: Dr. Fortunato Benaím

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. Angélica Nagahama

Secretaria

Dr. Carlos Perroni

Tesorero

Dr. Carlos Sere day

Secretaria de Relaciones Públicas

Dra. Paulina Iwanyk

Representantes Regionales

Buenos Aires: Dra. Mirta Moreno

La Plata: Dr. Carlos Perroni

Mar del Plata: Dr. Mario Magrini

Nordeste: Dr. Dante Masedo

Tucumán: Dr. Miguel Corbella

Rosario: Dr. Carlos Boggione

Mendoza: Dr. Carlos Mira Blanco

Capítulos 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

COMITÉ DE REDACCIÓN

Director

Dr. Ernesto Moretti

Editora

Dra. Martha O. Mogliani

Secretarios de Redacción

Dr. Héctor Marino (h)

Dr. Guillermo Siemieniczuk

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 Inchaurrega (*Cirujano Maestro*)

Dr. Osvaldo Orduna

(*Miembro Honorario Nacional*)

Dr. Luis F. Albanese

(*Miembro Honorario Nacional*)

Dr. Juan José Galli

(*Miembro Honorario Nacional*)

SOCIEDADES FILIALES

Años 2007 - 2008

Sociedad de Cirugía Plástica de Buenos Aires

Av. Santa Fe 1611- 3º (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. Carlos Daniel Schreiner

Vicepresidente: Dr. Daniel Mosquera

Secretario: Dr. Sergio Polichela

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 Siemieniczuk

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

sacpermar delplata@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

Vicepresidente: Dr. Fernando Colombes

Secretario General: Dr. Enrique Santiago Rusconi

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 MÉDICA LILACs, en la SOCIEDAD IBEROAMERICANA DE INFORMACIÓN CIENTÍFICA (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

Producción editorial, comercial y gráfica

PUBLICACIONES LATINOAMERICANAS S.R.L.

Dr. Ramón Carrillo 294 | (C1275AHF) Ciudad Autónoma de Buenos Aires Argentina | Tel/fax (5411) 4305-3310 | E-mail: info@publat.com.ar
http://www.publat.com.ar



SUMARIO

EDITORIAL	15
DEFORMIDAD SECUNDARIA DE LA PUNTA NASAL POR FISURA LABIAL UNILATERAL. CORRECCIÓN A CIELO ABIERTO <i>M. A. Nagahama</i>	16
RESOLUCIÓN DE HERIDA GRAVE DE MIEMBRO SUPERIOR. A PROPÓSITO DE UN CASO <i>R. I. Ladera González (expositor), E. Angheben, M. Colombo, L. Biragnet Bobbio</i>	23
LIPOASPIRACIÓN. GUÍA PRÁCTICA <i>H. Leoni, G. Artero, V.J. La Torre, E. Gagliardi, M. Mogliani</i>	26
CÓMODA VALVA TRIDIMENSIONAL CON DIODO ULTRABRILLANTE <i>M. Bernstein</i>	34
LOS JUICIOS DE MALA PRAXIS <i>J. Patané</i>	37
OBITUARIO: DR. LEONARDO PASCUAL ALBERTO BARLETTA <i>R. Rojas</i>	40
NOTICIAS SACPER	41
NOTICIAS FILIALES	46

PERTENECER

Hace más de 50 años que la Sociedad Argentina de Cirugía Plástica (SACPER) está comprometida con la evolución de la Cirugía Plástica argentina, tanto en la actualización de los especialistas que la integran como en la formación de generaciones de profesionales, a través de sus cursos Anual y Trienal.

Siempre a la vanguardia de las nuevas técnicas junto con sus miembros, actuando con responsabilidad, seriedad y ética, brindando a los cirujanos plásticos en formación y a los ya formados conocimientos científicos y herramientas para atender las necesidades que los pacientes requieren.

A través de su Congreso Anual, logra su objetivo: que todos sus miembros participen, exponiendo sus conocimientos y técnicas, mostrando de esta manera la labor de los cirujanos plásticos que integran sus filiales, que representan la enseñanza de la Cirugía Plástica y el control del ejercicio profesional en las diferentes regiones del país.

El camino de la SACPER no fue, sin embargo, fácil. En el transcurso de tantos años hubo desavenencias, fracturas que los socios más antiguos recordarán, pero por el oficio y el trabajo de muchos asociados se lograron superar y de estas dificultades y crisis se produjo un mayor acercamiento y participación de los miembros que integran la Sociedad.

Las filiales que pertenecen a la SACPER, a través de sus miembros que las integran en forma voluntaria, han decidido “pertenecer” y compartir con vocación de permanencia, objetivos y reglas de juego comunes consistentes en el compromiso de formación de nuevos y mejores profesionales especialistas en cirugía plástica, creando así un vínculo asociativo que hace que el socio perciba que gana más estando adentro que afuera de ellas. Es esta percepción de ganancias mutuas lo que hace la permanencia del vínculo asociativo a través del tiempo de la SACPER.

La actividad científica y societaria genera por su propia naturaleza diversos grados de rivalidad entre diferentes grupos, y cada uno brega por llegar primero y tener reconocimiento y hegemonía. Esto produce limitaciones en el desarrollo de toda asociación y es percibido claramente por los asociados que integran la SACPER y comprenden que todos ganarán con una cooperación más amplia, intensa, comprometida y generosa, desarrollando todos una estrategia común para darle a nuestra especialidad la jerarquía que tiene tanto dentro de nuestro país como en el exterior.

Todo proceso de crecimiento necesita apelar a nuestros conocimientos y valores, pero esto no significa reducir las tradicionales normas de la ética y respeto. Estamos en la disyuntiva de dejar que los mercaderes de la cirugía plástica avancen, o redefinirnos como Sociedad y encarar un amplio plan integrador de la especialidad, insertándonos en las diferentes reparticiones gubernamentales con la finalidad de ser consultados como referentes en Cirugía Plástica, participar y formular proyectos de la especialidad, fortaleciendo nuestra Sociedad.

Esto es un desafío. Sin duda no es fácil, pero nunca los grandes emprendimientos humanos lo han sido.

La misión de la SACPER y sus filiales es formar y mejorar la calidad científica y ética de los cirujanos plásticos del país, para lo que se debe tener la identidad, el convencimiento de que es a través de nuestra Sociedad que contribuiremos al engrandecimiento de la especialidad.

*Dra. Martha O. Mogliani
(Editora)*



DEFORMIDAD SECUNDARIA DE LA PUNTA NASAL POR FISURA LABIAL UNILATERAL

CORRECCIÓN A CIELO ABIERTO

María Angélica Nagahama

Jefe de Cirugía Plástica Hospital Universitario CEMIC

RESUMEN

Entre los defectos inherentes a la fisura labial unilateral, es en el defecto nasal donde encontramos la mayor dificultad para su resolución y aunque se hayan logrado excelentes resultados en la reparación labial, la nariz suele ser la delatora de la malformación de origen.

El labio y la nariz deben ser considerados como un solo componente anatómico, ya que tienen áreas en común, por lo que su corrección debe ser realizada en el mismo momento quirúrgico.

El acceso a cielo abierto a través de una incisión transcolumnelar en "ala de pájaro" brinda una visión total y directa de la punta nasal que facilita las maniobras de la reparación quirúrgica.

La severidad del defecto y el estado del cartílago del ala nasal condicionan su reparación.

SUMMARY

Among the defects inherent to the cleft lip, perhaps the major difficulty in repair is the unilateral nasal deformity to achieve result without stigmas which show the presence of the original malformation.

The upper lip and the nose can be considered as one anatomical component because they have areas in common so that the secondary cleft lip and nasal repair should be performed in one stage.

Access to the nasal tip is obtained by using "bird's wing" incision.

Using open rhynoplasty of the nasal tip offers full view and direct access in order to make easy the repair.

INTRODUCCIÓN

En la fisura labial unilateral, la corrección de la deformidad nasal es el mayor obstáculo que presenta esta patología. Si bien la tendencia actual es realizar la reparación nasal simultáneamente con la queiloplastia primaria, la reparación de la nariz es todavía un problema por resolver. Se han obtenido excelentes resultados en la reparación labial, pero la nariz suele delatar la presencia de la malformación original. La mayoría de los pacientes presentados tienen como antecedente uno o más intentos de corrección del labio y la nariz después de la queiloplastia primaria.

El mismo concepto, de corrección del labio y la nariz en el mismo momento quirúrgico, se aplica para la corrección de las secuelas.

En este trabajo, como su título lo indica, se focalizará el tratamiento en el defecto de la punta nasal.

El acceso a la punta nasal se realiza a través de una incisión transcolumnelar en "ala de pájaro" (Figura 1a).

El abordaje a cielo abierto proporciona una visión total y directa y un campo fácil a las maniobras quirúrgicas; al tener expuestos ambos cartílagos alares se reseca todo el tejido blando intercartilaginoso (Figura 1b).

El procedimiento elegido depende de la severidad del defecto y del estado del cartílago alar.



Figura 1.

INDICACIONES

	Defecto	Método
a	El cartílago alar elongado y la rodilla desplazada lateralmente.	Reposición del cartílago alar por suspensión (Figura 2a).
b	La rodilla del cartílago alar aplanada y la crura medial del cartílago defectuoso acortada.	Reposición y proyección del cartílago alar con sutura de ambas rodillas (Figura 2b).
c	La crura lateral del alar adelgazada y friable.	Reposición y proyección utilizando un injerto de cartílago alar contralateral y/o de la concha auricular (Figura 2c).
d	La crura lateral del alar resistente con retención de la memoria del defecto.	Reposición y proyección con puntos de transfixión en U de ambas rodillas (Figura 2d).

TÉCNICA

- Por disección de la cara adherida a la piel se expone la crura lateral del cartílago alar defectuoso; del lado contralateral no defectuoso se disecciona sólo la rodilla, tanto de la piel como de la mucosa. Se reposiciona la rodilla defectuosa suspendiéndola del periostio de los huesos propios nasales ipsilateral y/o contralateral. Ambas rodillas se fusionan con un punto en U (Figura 2a y 1c).
- El cartílago defectuoso se disecciona completamente en su cara mucosa, y del lado no defectuoso solo se disecciona la rodilla en ambas caras piel y mucosa. Se coloca puntos en U uniendo ambas cruras mediales alargando así el lado acortado de la columela hasta nivelar las rodillas (Figura 2b y 1c).
- Disección de ambas cruras laterales y mediales, tanto de la piel como de la mucosa. Sutura de las cruras mediales hasta nivelar ambas rodillas. Se toma la porción de cartílago alar del lado sano, que normalmente se desecha en una plástica de punta nasal con motivación estética, y se la ubica por encima de la rodilla del alar defectuosa para conseguir una proyección simétrica (Figura 2c).
- Se esqueletizan ambos cartílagos alares, tanto el sano como el defectuoso, y se proyectan simétricamente con puntos en U transfixiantes (Figura 2d).

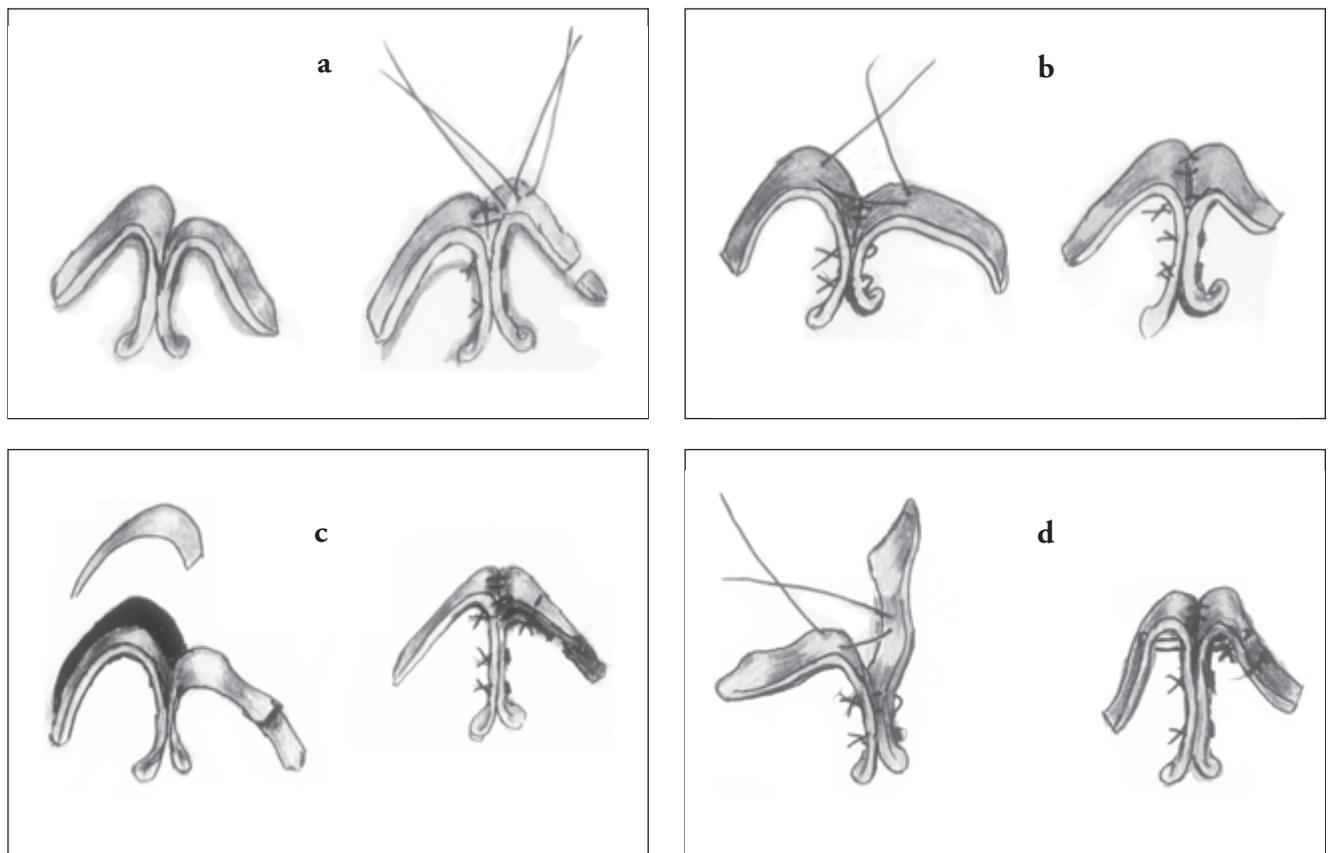


Figura 2.

Esta técnica fue una contribución personal presentada en el The 9th International Congress on Cleft Palate and Related Craniofacial Anomalies en Göteborg, Suecia 2001.

Finalmente se realiza el cierre con un avance simétrico o asimétrico en V-Y (Figura 3 a y b).

En el mismo tiempo fueron reparados los defectos del labio; en todos los casos se realizó la reconstrucción de la cincha muscular (Figura 4 a y b), dando soporte al piso nasal, alineación a la columela, relleno a la base de implantación del cartílago alar, eversión del labio, y normal dirección de la contracción del músculo orbicular de los labios.

Ambas bases alares se rotan fijándolas a la base de la columela con un punto permanente.

CONCLUSIÓN

La técnica a cielo abierto ofrece una vista total y directa de la punta nasal y facilita las maniobras de la reparación quirúrgica. Con los métodos descritos se trata de minimizar los estigmas que acompañan al defecto congénito de la fisura labial unilateral.



Figura 3. .

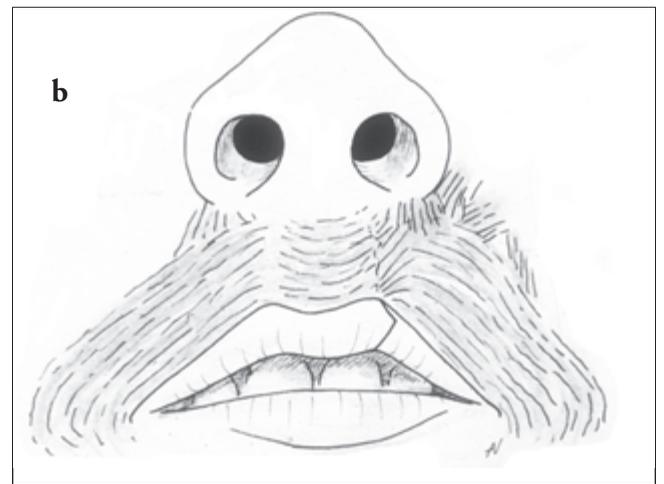
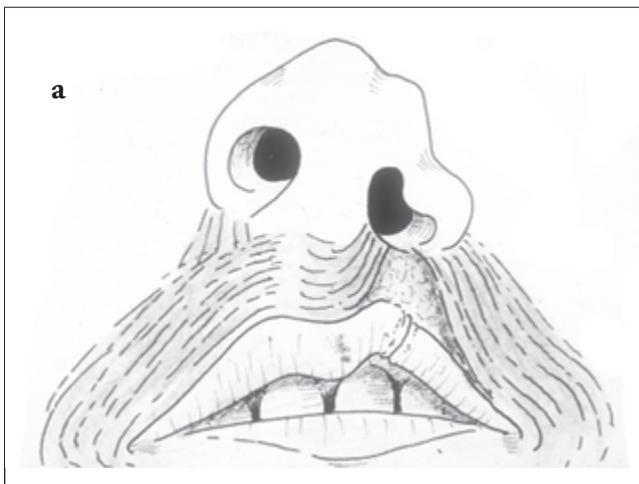


Figura 4.

CASO 1 (Figuras 5, 6, 7 y 8). Método de la Figura 2a.

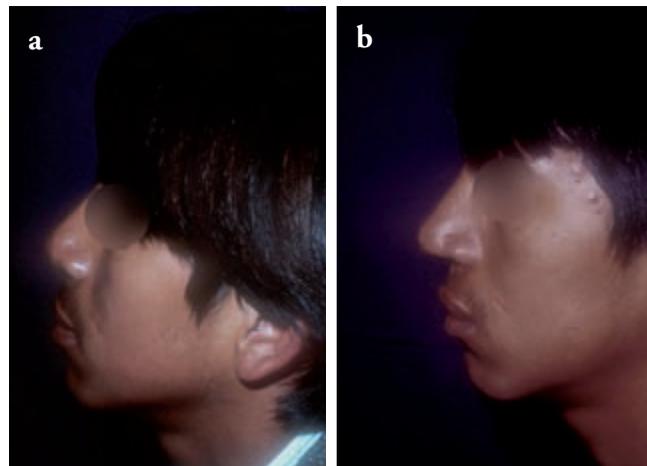


Figura 5. a. Preoperatorio frente. **b.** Posoperatorio frente.

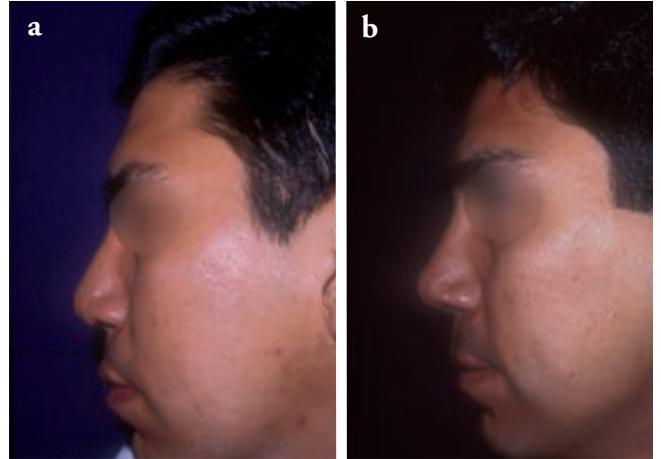
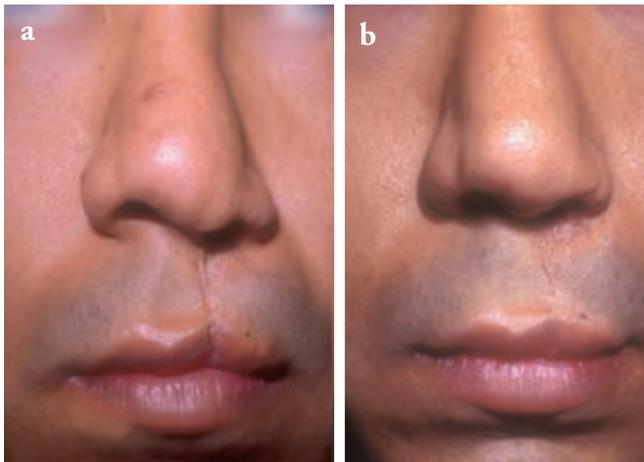
Figura 6. a. Preoperatorio perfil. **b.** Posoperatorio perfil.



Figura 7. a. Preoperatorio. **b.** Posoperatorio.

Figura 8. Posoperatorio en diferentes perfiles.

CASO 2 (Figuras 9, 10 y 11). Método de la Figura 2b.

Figura 9. a. Preoperatorio frente. **b.** Posoperatorio frente.

Figura 10. a. Preoperatorio frente. **b.** Posoperatorio frente.

Figura 11. a. Preoperatorio. **b.** Posoperatorio.

CASO 3 (Figuras 12 y 13). Método de la Figura 2b + resección de giba.

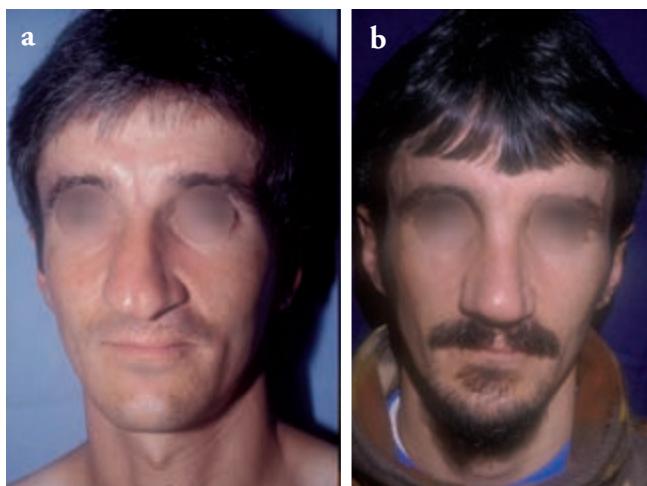


Figura 12. a. Preoperatorio frente. b. Posoperatorio frente.



Figura 13. a. Preoperatorio perfil. b. Posoperatorio perfil.

CASO 4 (Figuras 14, 15, 16 y 17). Método de la Figura 2c.

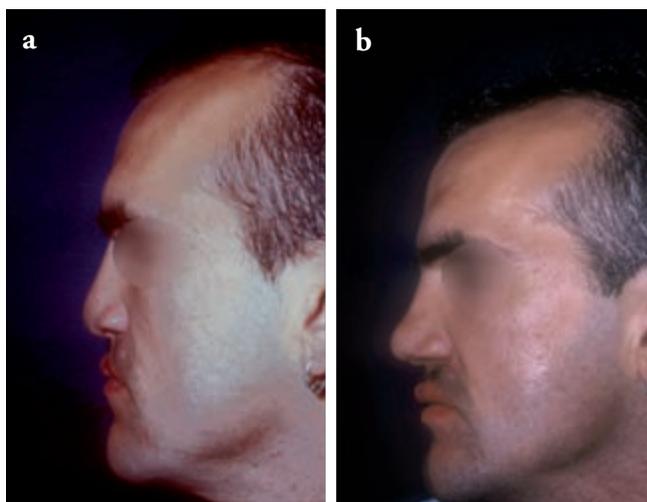


Figura 14. a. Preoperatorio perfil. b. Posoperatorio perfil.

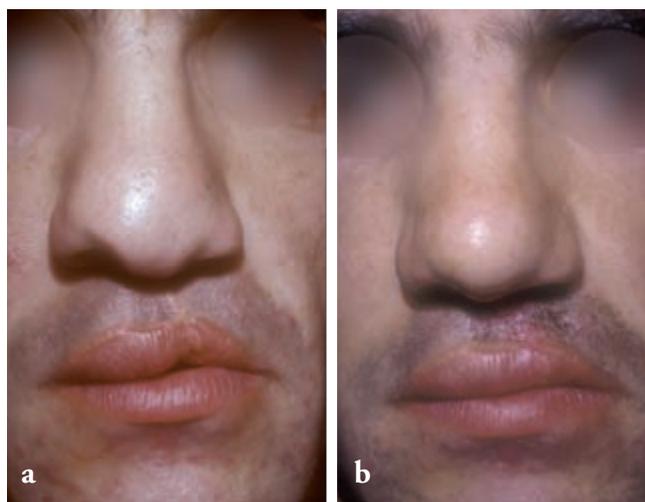


Figura 15. a. Preoperatorio frente. b. Posoperatorio frente.

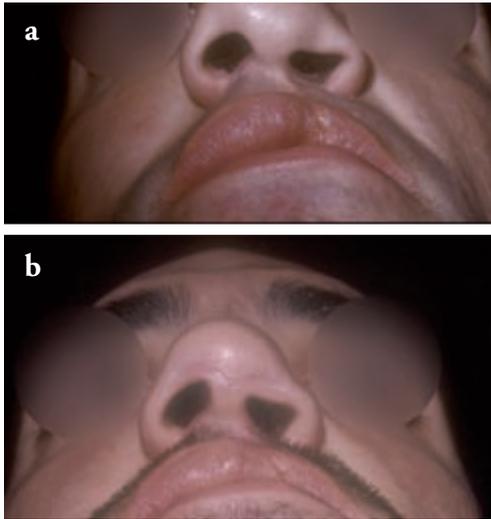


Figura 16. a. Preoperatorio. b. Posoperatorio.

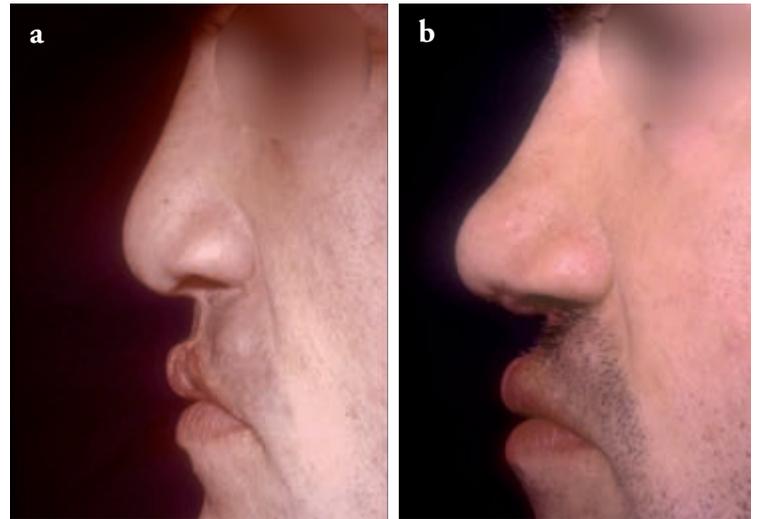


Figura 17. a. Preoperatorio. b. Posoperatorio.

CASO 5 (Figura 18). Método de la Figura 2d.



Figura 18. a. Preoperatorio. b. Posoperatorio.

BIBLIOGRAFÍA

1. Badarach J, Morris HL. Multidisciplinary management of cleft lip and palate. Philadelphia: W.B. Saunders; 1990.
2. Coghlan BA, Boorman JG. Objective evaluation of the Tajima secondary cleft lip nose correction. *Br J Plast Surg* 1996;49(7):457-461.
3. Gubisch W. The triple swing flap technique to correct the asymmetry of unilateral lip cleft lip nose deformities. *Scand J Plast Reconst Surg* 1998;32(3):287-294.
4. Foh KS, Eom JS. Asymmetric incision for open rhinoplasty in cleft lip nasal deformity. *Plast Reconstr Surg* 1990;103(7):1835-1838.
5. Mazzola RF. Secondary Unilateral cleft lip nose: the external approach. *Facial Plast Surg* 1996;12(4):367-378.
6. Nagahama MA, Aqueveque L. Advantages in repairing the Muscular Cinch in cleft lip correction. *Transaction X Congress of the International Confederation for Plastic and Reconstructive Surgery. Madrid. España. 1992.*
7. Nakajima T, Yoshimura Y. Secondary repair of Unilateral cleft lip nose deformity with bilateral reverse U access incision. *Br J Plast Surg* 1998;51(3):176-180.
8. Salyer KE, Bardach J. Atlas of craniofacial & Cleft Surgery. Vol II: Cleft Lip and Palate Surgery. 1998.
9. Wang TD, Madorsky SJ. Secondary rhinoplasty in nasal deformity associated with Arch Facial Plast. Surgery. 1999;1(1):40-45.

María Angélica Nagahama: Ayacucho 1165 1° A – (1111) Ciudad Autónoma de la Ciudad de Buenos Aires - Rep. Argentina.
kinagahama@yahoo.com.ar

RESOLUCIÓN DE HERIDA GRAVE DE MIEMBRO SUPERIOR A PROPÓSITO DE UN CASO

Rodrigo I. Ladera Gonzalez¹, Eduardo Angheben², Martín Colombo³, Laura Biragnet Bobbio⁴

1. Residente de 3er. año de la Carrera de Cirugía Plástica Reparadora y Estética de la Pontificia Universidad Católica Argentina.

2. Médico de Staff del Servicio de Cirugía Plástica del Hospital Militar Central.

3. Miembro Titular de la SACPER.

4. Jefe de Servicio de Cirugía Plástica del Hospital Militar Central.

RESUMEN

Se presenta un caso de lesión grave de miembro superior, con compromiso vascular, que requirió en la urgencia de la realización de un bypass para su revascularización. Secuelas del trauma fueron el compromiso motor y sensitivo de los tres nervios del miembro, mediano, cubital y radial, además de un déficit de cobertura en la cara interna del codo que habiendo cerrado por segunda intención produjo una retracción que impedía la extensión del brazo.

El plan quirúrgico consistió, en primer lugar, en la exploración y reparación de las lesiones nerviosas; y en segundo lugar, la cobertura de los elementos reparados reemplazando los tejidos perdidos por nuevos, de tales características que permitieran la normal extensión del brazo.

En este trabajo se mencionan las diferentes opciones de reconstrucción de cara interna de codo y la conducta elegida en la reconstrucción del caso problema.

SUMMARY

We present a severe upper extremity injury, with vascular trauma, that required a by pass for the extremity to be revascularized. As a secuela of the trauma the patient had motor and sensitive lesion of the principal upper extremity nerves (Median, Cubital and Radial nerves), also he presented impossibility to extend the arm, because he had a lesion in the internal face of the elbow, that healed by second intention and produced elbow retraction

The surgical plan was to explore and repair all nerve lesions and to cover the repaired elements, by replacing the tissues with ones that offer the same characterises of the arm so the patient will be able to extend it normally.

In these work (article) we mention different options for internal side (face) elbow reconstruction and how we solved the case.

CASO CLÍNICO

Paciente de sexo masculino de 49 años que sufre herida cortante por vidrios en cara interna de codo de brazo derecho (brazo hábil) con compromiso vascular de arteria (a.) humeral por encima de su bifurcación en radial y cubital.

En la urgencia la lesión es afrontada por cirujano vascular periférico, quien realiza bypass con injerto de vena safena homolateral, de a. humeral a a. radial, con resultado exitoso. No se realiza en ese momento quirúrgico exploración de otros elementos distintos al reparado ni se soluciona la pérdida de cobertura consecuencia del trauma en la cara interna del codo (zona de flexión).

Cuarenta y cinco días posteriores a la lesión, y luego del resultado exitoso de la revascularización, se solicita interconsulta con nuestro Servicio de Cirugía Plástica.

Al **examen físico** se observó:

1. Déficit motor y sensitivo de nervios mediano, cubital y radial distales a la zona afectada (Figura 1).

2. Cicatriz retráctil en cara interna de codo que impedía la extensión del brazo, resultado del cierre, por segunda intención, de la pérdida de partes blandas consecuencia del accidente (Figura 2).

Al plantearse la reexploración, surgió la necesidad de:

- Planear la cobertura de la zona que se expondría, teniendo en cuenta que para acceder a los nervios lesionados se requeriría un amplio abordaje a través de la zona del bypass.
- Realizar la reparación nerviosa.
- Brindar cobertura adecuada a los tejidos reparados, que además permitiera la normal extensión del brazo.

Para la **decisión del plan reconstructivo** se solicitó una **arteriografía** con el fin de conocer la situación vascular del miembro. El resultado fue: bypass permeable de a. humeral a a. radial, con llenado de a. cubital a través de las arcadas palmares. Se observó también flujo retrógrado desde la desembocadura del bypass a través de la arteria radial en sentido retrógrado, hacia la división anatómica de la humeral en radial y cubital, con débil pasaje hacia la a. cubital.

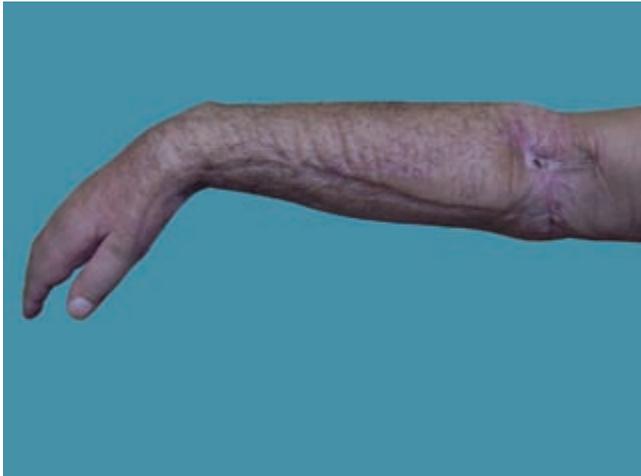


Figura 1. Secuelas sensitiva y motora de los nervios mediano, radial y cubital.

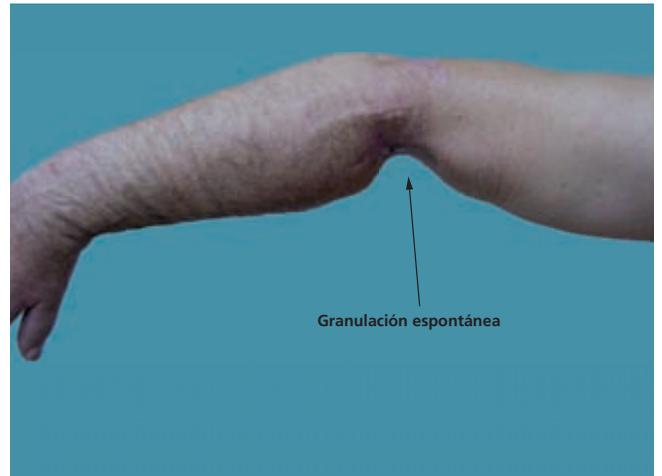


Figura 2. Cicatriz retráctil, limitante de la extensión del codo, consecuencia del cierre por segunda intención.

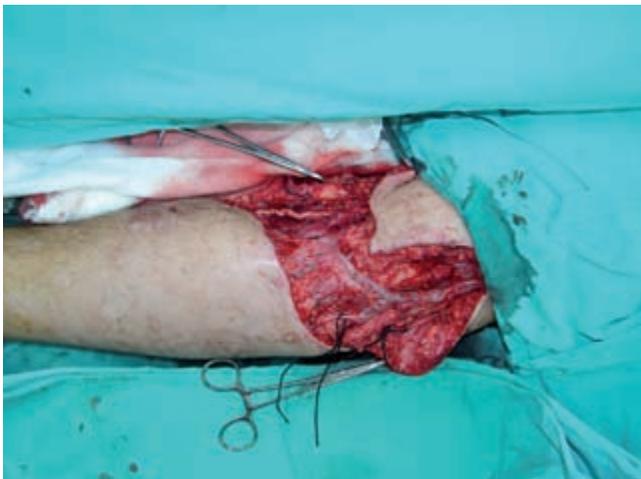


Figura 3. Defecto a cubrir luego de la reparación nerviosa.



Figura 4. Colgajo chino levantado en brazo izquierdo.

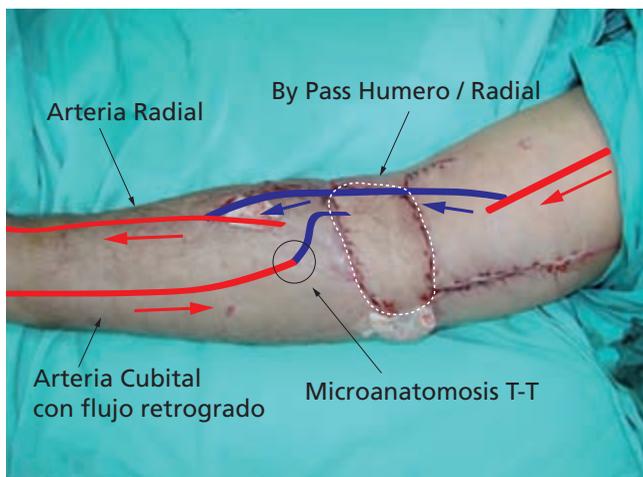


Figura 5. Colgajo en posición. El esquema muestra el sentido de la circulación, el colgajo está delimitado por la línea punteada blanca.



Figura 6. Zona dadora de colgajo, cubierta con injerto de piel parcial tomada de muslo derecho.

Las **opciones para resolución** de déficit de partes blandas de cara interna de codo son varias.

- Dentro de los colgajos de vecindad el primero en ser considerado fue el **colgajo lateral de brazo**. Este colgajo brinda un tejido de grosor adecuado, es técnicamente sencillo de levantar y su anatomía es constante; sin embargo, la arteriografía realizada no confirmaba la existencia de la a. recurrente radial (pedículo del colgajo) por lo que fue descartado.

- El **colgajo chino o antebraquiopalmar**, que también aporta tejido de características óptimas y que tiene una anatomía constante, usa como pedículo la arteria radial, que en nuestro paciente mantenía la vitalidad del miembro, por lo que no era una opción viable en nuestro paciente.

- El **colgajo antecubital**, en su formato a flujo reverso, tiene características similares a los anteriores; lamentablemente, el análisis por el servicio de hemodinamia de la arteriografía no lo recomendaba, por el escaso flujo anterógrado de la a. cubital.

Quedaron así descartados los colgajos del mismo miembro. Nuestras opciones eran, entonces, un colgajo indirecto diferido o un colgajo libre anastomosado en forma microquirúrgica.

- En caso de un **colgajo indirecto diferido**, nuestra elección, por la ubicación anatómica, hubiera sido un toracodorsal. Este tipo de procedimiento obligaría la inmovilización por tres semanas del miembro al tronco. Pero teniendo en cuenta que el paciente sufría una lesión nerviosa que llevaba más de seis semanas y que requeriría luego la reparación para comenzar lo más pronto posible su rehabilitación, se pensó en otra alternativa.

- La alternativa era la realización de un **colgajo libre anastomosado en forma microquirúrgica**, que aunque significaba un procedimiento de mayor complejidad resolvería el déficit en forma ideal, ya que permitiría al paciente comenzar su terapia rehabilitadora en la primera semana.

La decisión de optar por el colgajo libre traía aparejado dos nuevos interrogantes: qué colgajo se realizaría y cuál sería el vaso receptor. Luego de analizar las opciones detenidamente, revisar la arteriografía y consensuar con el paciente, se decidió realizar un **colgajo antebraquiopalmar de brazo izquierdo**, en forma libre, con anastomosis microquirúrgica, siendo el vaso receptor el cabo distal de la a. cubital. Por lo tanto, nuestro colgajo recibiría circulación a flujo retrógrado. La cirugía se llevó a cabo con el Servicio de Neurocirugía en forma simultánea. El abordaje se realizó resecaando el tejido cicatrizal producto del cierre por segunda intención hasta identificar el bypass y los elementos a explorar (Figura 3)

Durante la exploración de observó atrapamiento del n. mediano y el cubital, que requirió neurólisis, y sección de nervio radial con pérdida de 5 cm del mismo, para su reparación se realizó colocación de un injerto de N. Sural y posterior neurografía.

Luego de la reparación nerviosa, se cubrió la superficie expuesta posterior a la resección de tejido cicatrizal con un colgajo antebraquiopalmar de 15 por 10 cm (Figura 4). Realizándose anastomosis terminal de la Arteria del colgajo al cabo distal de Art. Cubital el drenaje venoso se realizó de la vena del colgajo a una vena de cara anterior de brazo (flujo anterógrado) (Figura 5).

La zona dadora del colgajo fue cubierta con un injerto de piel parcial tomado del muslo izquierdo del paciente (Figura 6).

RESULTADOS

Se logró una cobertura completa de las zonas expuestas y no se observaron complicaciones mayores ni menores en el colgajo. La zona dadora del colgajo no presentó complicaciones y el injerto prendió en un 100%.

El paciente, actualmente, 2 meses después de la reparación, se encuentra en plan de fisiokinesioterapia en unidad de mano, con evolución favorable.

CONCLUSIONES

Las lesiones graves de miembro requieren un abordaje interdisciplinario desde su inicio para asegurar las mejores posibilidades al paciente.

Los elementos que posibilitan la valoración en detalle del estado vascular de estos pacientes son imprescindibles durante el trazado del plan quirúrgico, pues permiten decidir el tipo de reconstrucción más conveniente y, en caso de microcirugía, el sitio más confiable para realizar las anastomosis.

El concepto de **escalera terapéutica** puede ser reemplazado en ciertas circunstancias por el de **mejor opción disponible**, pues permite disminuir los tiempos de recuperación de pacientes como el expuesto, que se benefician al comenzar lo más pronto posible el tratamiento de rehabilitación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Masquelet AC, Gilbert A. *An Atlas of Flaps in limb reconstruction*. London: The Livery House; 1995.
2. Mc Carthy, May, Littler. *Cirugía Plástica. La mano. Tomo I, cap. 24*, pp. 627-650.
3. Berish Strauch, Han-liang Yu. *Atlas of Microvascular Surgery. Cap. 2*, p. 44.
4. Michel Merle, Gilles Dautel, Guillermo Loda. *Mano Traumática - Urgencias*. pp. 143-150.



LIPOASPIRACIÓN

GUÍA PRÁCTICA

Héctor Leoni¹, Guillermo Artero², V. J. La Torre³, Enrique Gagliardi⁴, Martha Mogliani⁵

1. Médico Especialista Universitario en Cirugía Plástica, recertificado, Médico de Planta del Hospital E. Tornú. Email: hectorleoni2000@yahoo.com.ar

2. Médico Concurrente del Servicio de Cirugía Plástica del Hospital E. Tornú. Email: arteroguille@gmail.com

3. Jefe de Servicio de Cirugía Plástica del Hospital E. Tornú. jlatorrev@intramed.net

4. Profesor y Director de la Carrera de Cirugía Plástica y Estética de la Universidad Católica Argentina. info@enriquegagliardi.com

5. Médica Especialista en Cirugía Plástica, Estética y Reparadora, recertificada. mmogliani@fibertel.com.ar

En la mayoría de los países la lipoaspiración es el procedimiento estético realizado con mayor frecuencia. Es considerado un procedimiento seguro y efectivo en pacientes seleccionados apropiadamente, y es ampliamente realizado en forma ambulatoria.

Desafortunadamente, se han comunicado diferentes tipos de complicaciones, desde las más leves e insignificantes, como las estéticas, hasta las más severas, que ponen en riesgo la vida del paciente. Debido a ello decidimos realizar una guía práctica contemplando la mayor cantidad de eventualidades que se presentan en la lipoaspiración.

Concluimos en que debe existir una mayor conciencia por parte de los médicos sobre las complicaciones en este tipo de procedimientos y sus correspondientes tratamientos en caso de presentarse. Se deben seleccionar adecuadamente a los pacientes, el lugar donde se realizará el procedimiento, tratar de evitar los procedimientos combinados, así como los procedimientos prolongados, y realizar, siempre que sea posible, la lipoaspiración tumescente bajo anestesia local.

FORMACIÓN Y EDUCACIÓN

En pos de un futuro prometedor y con un compromiso racional de disminución de las complicaciones, sería conveniente que las entidades formadoras de cirujanos plásticos se comprometan a establecer una curva de aprendizaje registrada, garantizando a los médicos en formación la adquisición de la experiencia necesaria, responsabilizándose del registro y certificación detallada de estas intervenciones. Esta sistematización es también aplicable al resto de las intervenciones más significativas de la especialidad.

Los cirujanos plásticos calificados que practican lipoaspiración deberían tener adecuada formación y experiencia en este campo, y la destreza necesaria para llevar a cabo los procedimientos. Además, es muy importante el conocimiento para diagnosticar y manejar eventuales complicaciones cardiovasculares, quirúrgicas o farmacológicas.

EVALUACIÓN PREOPERATORIA

Debe realizarse, en todos los pacientes que sean candidatos a una lipoaspiración, una historia clínica completa, un examen físico minucioso y un laboratorio apropiado basado en la salud general del paciente y en su edad. En caso de realizarse la cirugía con anestesia

general o con apoyo anestésico, es recomendable una interconsulta con el anestesista o con el equipo de anestesiología que estará presente en la cirugía. Debemos tener una especial atención en la edad y el sexo de los pacientes, en el índice de masa corporal, en los factores comórbidos, en las enfermedades hematológicas y oncológicas, en la medicación actual e interacciones farmacológicas, y otros riesgos comunes de la cirugía. El consentimiento informado debe ser obtenido previo a la cirugía.

A través del examen clínico debemos efectuar una evaluación detallada de las regiones que serán lipoaspiradas, incluyendo la observación de hernias, cicatrices, asimetrías, celulitis. Además, debe ser evaluada la calidad de la piel, en particular, su elasticidad, y la presencia de estrías y depresiones. Debe ser evaluado el sistema muscular abdominal, por la presencia de flaccidez, integridad y diastasis del recto anterior. El depósito de grasa corporal debe ser documentado en la historia clínica y adecuadamente fotografiado.

La historia clínica debe documentar la siguiente información:

- Apellido/s y nombre/s
- Sexo
- Edad
- Enfermedad actual
- Antecedentes de enfermedad actual
- Antecedentes personales (factores comórbidos):
 - DBT
 - HTA
 - Hepatitis
 - Dislipemias
 - Cardiovasculares (ICC)
 - Gastrointestinales
 - Genitourinarios (síndrome nefrótico)
 - Respiratorios
 - Neurológicos
 - Ginecológicos (cáncer, menopausia, anticonceptivos orales, tamoxifeno, terapia de reemplazo hormonal)
 - Obstétricos (embarazo, cesárea, aborto)
 - Infecciosos (HIV)
 - Hematológicos (antecedentes personales o familiares de trombosis [DVT, PE], hemorragia, enfermedad de von Willebrand, SAF)
 - Oncológicos

- Traumatológicos (reemplazo de cadera o rodilla)
 - Psiquiátricos
 - Reumáticos (LES, colagenopatías)
 - Endocrinológicos
- g. Antecedentes quirúrgicos (abdominales)
- h. Hábitos:
- Tabaquismo
 - Alcoholismo
 - Drogas
 - Dietas
 - Diuresis
 - Catarsis
- i. Alergias
- j. Medicación actual (aspirina, AINE, anticoagulantes, anticonceptivos orales, estrógenos, antibióticos)
- k. Examen físico:
1. Signos vitales:
 - FC, TA, FR y T (°C) axilar
 - Peso
 - Estatura
 - Índice de masa corporal (*body mass index*):
BMI = peso (kg) / talla (m²)
 - Estado de hidratación
 2. Piel, mucosas y faneras:
 - Color
 - Vello
 - Cicatrices
 - Nódulos
 - Lesiones
 - Petequias
 - Púrpura
 - Equimosis
 3. Edemas
 4. Abdomen:
 - Forma
 - Circulación colateral
 - Ombligo
 - Palpación superficial
 - Palpación profunda
 - Masas palpables
 - Hernias
 5. Sistema vascular periférico:
 - Venas varicosas
 - Signos y síntomas de trombosis venosa profunda

Se deben solicitar como mínimo los siguientes valores de laboratorio:

- a. Hemograma
- b. Hepatograma
- c. Coagulograma (tiempo de protrombina [TP], tiempo de tromboplastina parcial activada [TTPa], RIN)
- d. Glucemia
- e. Uremia
- f. Eritrosedimentación
- g. Ionograma
- h. EAB (pH/pCO₂/O₂/HCO₃/EB/Sat [%])

PREVENCIÓN DEL TROMBOEMBOLISMO VENOSO

La frecuencia de tromboembolismo venoso (VTE) en pacientes que se someten a una cirugía plástica es menor del 1-2%, aunque este porcentaje sea probablemente mayor debido a que 2/3 de los pacientes son asintomáticos. Se propone un algoritmo de medidas para la prevención de esta entidad. La combinación del tipo de procedimiento quirúrgico y la predisposición individual de cada paciente a los factores de riesgo definen el nivel de riesgo de tromboembolismo venoso, el cual puede ser bajo, moderado, alto o muy alto. Este algoritmo está principalmente elaborado para prevenir y reducir los riesgos de las complicaciones de tromboembolismo venoso, y si estas complicaciones ocurren, detectarlas y tratarlas tempranamente, para evitar la evolución hacia el embolismo pulmonar (PE). La heparina de bajo peso molecular es la forma profiláctica más ampliamente utilizada para la trombosis venosa profunda (DVT) y el embolismo pulmonar (PE). Los cirujanos plásticos generalmente han sido reacios al uso de agentes antitrombóticos por el incremento del riesgo de hematomas o seromas y la posibilidad de realizar una transfusión sanguínea. Sin embargo, numerosos estudios revelan que el incremento en la frecuencia de sangrados clínicamente importantes asociados con su uso es nulo o muy pequeño. Ahora algunos cirujanos plásticos usan rutinariamente quimioprofilaxis en pacientes bajo abdominoplastias, procedimientos combinados o procedimientos que duren más de cuatro horas. La realización de un *screening* para cada uno de los pacientes que se someten a una lipoaspiración en busca de DVT asintomática es poco práctica y de costo elevado. La educación de los pacientes debería incluir información acerca de los síntomas de la DVT y PE y una explicación detallada de los riesgos y beneficios de la profilaxis anticoagulante.

Los cirujanos plásticos deben considerar los factores de riesgo de tromboembolismo venoso (VTE) que se enumeran a continuación para la adecuada profilaxis y eventual tratamiento.

Factores de riesgo más importantes (evidencia sólida y consistente):

- Historia previa de tromboembolismo venoso (trombosis venosa profunda [DVT] o embolismo pulmonar [PE])
- Cáncer (activo o antecedente de malignidad)
- Trastornos de la coagulación (congénitos o adquiridos):
 - Mutación del factor V de Leiden (hace que el factor V sea resistente a la activación de la proteína C)
 - Mutación de la protrombina 20210^a
 - Déficit de antitrombina
 - Déficit de proteína S y proteína C
 - Altos niveles de: fibrinógeno o plasminógeno, factor VIII, factor IX, factor XI, inhibidor de la fibrinólisis activable por trombina (TAFI), o inhibidor de la proteína C
 - Bajos niveles del inhibidor de la vía del factor tisular (TFPI)
 - Hiperhomocisteinemia
 - Disfibrinogenemia y policitemia vera
 - Anticuerpos antifosfolípidos (anticoagulante lúpico y anticardiolipina)



- Obesidad
- Uso de anticonceptivos orales, tamoxifeno, terapia de reemplazo hormonal o empleo de otras drogas que contengan estrógeno

Otros factores de riesgo:

- Edad mayor o igual a 40 años
- Anestesia general
- Venas varicosas
- Enfermedades inflamatorias (por ejemplo, enfermedad inflamatoria medular, enfermedades reumatológicas, especialmente lupus eritematoso sistémico [LES])
- Cirugías abdominales
- Embarazo, aborto o aborto espontáneo dentro de los tres meses
- Tabaquismo
- Reciente reemplazo de cadera o rodilla o fractura de cadera
- Cirugía reciente de cualquier tipo
- Viaje prolongado en avión, tren o auto
- Trauma físico reciente

INDICACIONES

La lipoaspiración con frecuencia atrae la atención de un grupo de pacientes quienes creen equivocadamente que este procedimiento es una cura para la obesidad. La lipoaspiración no es un método comprobado de pérdida de peso permanente. No solamente es improbable que las pacientes con sobrepeso tengan beneficios a largo plazo sino que también tienen incrementado el riesgo por complicaciones de la cirugía. Las pacientes con un índice de masa corporal (BMI) superior a 30 deberían ser rechazadas para la cirugía y aconsejadas para que disminuyan de peso.

Las indicaciones para el uso de la técnica de lipoaspiración incluyen la remoción de depósitos localizados de tejido adiposo que no responde a dieta y ejercicio. Estas incluyen:

1. Escultura del cuerpo, incluida cara, cuello, tronco, y extremidades.
2. Tratamiento de enfermedades, tales como lipoma, ginecomastia, pseudoginecomastia, lipodistrofia e hiperhidrosis axilar.
3. Reconstrucción de piel y tejido celular subcutáneo, nódulos subcutáneos, y ayudar en la movilización de colgajos u otras condiciones.
4. Recolectar células grasas para injertar y proveer un aumento de tejido, corrección de defectos cicatrizal, etc.

TÉCNICAS DE LIPOASPIRACIÓN

En la actualidad hay varias técnicas en uso; las más frecuentes son:

Tumescente. La infiltración tumescente ha ido mostrando a lo largo de los años que es una importante técnica complementaria para la lipoaspiración, con el mejoramiento de la seguridad, con un tiempo de recuperación más rápido, y con un menor número de complicaciones. La mayoría de las autoridades definen la infiltración tumescente como la colocación de 1:1 o un porcentaje mayor de infiltración subcutánea del total del volumen aspirado.

Cuando usamos la técnica tumescente y otras formas de infiltración de lidocaína con adrenalina, los estudios recomiendan un rango máximo de 45-55 mg/kg. El límite de 55 mg/kg no debería ser excedido. La seguridad de la dosis depende del volumen total de grasa corporal y el tamaño del paciente. Pacientes pequeños con poca grasa corporal deberían recibir dosis en un nivel de rango más bajo. Pacientes con grandes volúmenes podrían recibir dosis acercándose a un nivel de 55 mg/kg.

La anestesia general puede ser usada para la lipoaspiración pero algunos estudios han mostrado que la anestesia general puede ser asociada con altos porcentajes de morbilidad y mortalidad.

Las áreas anatómicas que serán sometidas a lipoaspiración deberían ser infiltradas con una solución diluida de lidocaína y epinefrina antes de empezar la cirugía. La infiltración de grandes volúmenes de lidocaína y epinefrina diluida provee los siguientes beneficios:

Tabla 1. Estratificación del riesgo y porcentaje de tromboembolismo venoso sin profilaxis.

Nivel de riesgo	Cirugía	Edad	Factores de riesgo	DVT%		PE%	
				Pantorrilla	Proximal	Clínico	Mortal
Bajo	Menor (<1 hora)	< 40	No	2	0,4	0,2	<0,1
	Menor	< 40	1 o más	10-20	2-4	1-2	0,1-0,4
Moderado	Mayor	< 40	No				
	Menor	40-60	No				
Alto	Menor	> 60	No	20-40	4-8	2-4	0,4-1,0
	Menor	40-60	1 o más				
	Mayor	< 40	1 o más				
	Mayor	= o > 40	1 o más				
Muy alto	Cadera o rodilla	Cualquiera		40-80	10-20	4-10	0,2-0,5
	Mayor	> 40	Múltiples, incluyendo antecedentes de VTE o cáncer				

DVT: trombosis venosa profunda. PE: embolismo pulmonar. VTE: tromboembolismo venoso.



Tabla 2. Profilaxis del tromboembolismo venoso (VTE) recomendado para los diferentes niveles de riesgo

Nivel de riesgo	Profilaxis recomendada	Dosaje y tiempo
Bajo	Educación del paciente + Deambulación temprana y frecuente + Flexión y extensión de los tobillos	Continuar en el hogar
	Medias de compresión graduadas (GCS)	Opcional; podría ser usado en el hogar
Moderado	Las mismas recomendaciones que en los pacientes de bajo riesgo	
	Aparatos de compresión neumática intermitente (IPC) si la anticoagulación no es una opción	Continuar hasta una buena deambulación
	Heparina de bajo peso molecular (LMWH) (enoxaparina)	30-40 mg de forma subcutánea una vez por día; dosis inicial 2 horas antes de la cirugía o 12 horas después; continuar hasta que el paciente sea completamente ambulatorio y evaluar la necesidad de una profilaxis más prolongada
Alto	Bajas dosis de heparina no fraccionada o	Cada 12 h hasta que el paciente sea completamente ambulatorio
	Las mismas recomendaciones que en los pacientes de bajo riesgo. IPC y/o GCS +	Hasta una buena deambulación
	LMWH (enoxaparina)	40 mg de forma subcutánea una vez por día; dosis inicial 2 horas antes de la cirugía o 12 horas después; continuar por 5-10 días
	Fondaparinux	2,5 mg de forma subcutánea una vez por día; dosis inicial 6-8 horas después de la cirugía; no administrar antes de 6 hs del posoperatorio; continuar por 5-10 días
	Las mismas recomendaciones que en los pacientes de bajo riesgo. IPC y/o GCS +	Hasta una buena deambulación
	LMWH (enoxaparina)	40 mg de forma subcutánea una vez por día; dosis inicial 2 horas antes de la cirugía o 12 horas después; continuar por 7-12 días y considerar seriamente una profilaxis prolongada
Muy alto	Fondaparinux	2,5 mg de forma subcutánea una vez por día; dosis inicial 6-8 horas después de la cirugía; no administrar antes de 6 hs del posoperatorio continuar por 7-12 días y evaluar la necesidad de una profilaxis prolongada
	Profilaxis por término prolongado con warfarina u otros antagonistas de vitamina K	Si los factores de riesgo del paciente indican la necesidad de una profilaxis por tiempo prolongado, convertir el RIN a 2-3 con warfarina

- Disminuye la pérdida de sangre
- Disminuye la necesidad de agentes anestésicos sistémicos, incluidos los narcóticos posoperatorios
- Disminuye la necesidad de fluidos intravenosos
- Facilitación del pasaje de la cánula a través de los tejidos
- Facilitación del uso de lipoaspiración por ultrasonido

- Epinefrina 1:1000 (1 ml)
- Solución Ringer lactato (1000 ml)

Lidocaína 0,04% con epinefrina 1:1,000,000 (1026)

Cada litro de solución contiene lidocaína, 400 mg, a una concentración de 0,04%, la mínima concentración que reduce considerablemente los requerimientos de narcóticos por el paciente en el período posoperatorio.

La siguiente fórmula de solución tumescente es segura y efectiva:

- Lidocaína 2% (20 ml)



El total de volumen inyectado frecuentemente excede los 3 l, el cual usualmente reparte una dosis de lidocaína mayor que lo recomendado por el fabricante. Sin embargo, la experiencia clínica ha establecido la seguridad de dosis por encima de 50 mg/kg cuando la instilamos dentro de la grasa subcutánea en una solución hiperdiluida mezclada con epinefrina.

El uso del método tumescente permite remover grandes volúmenes de grasa aspirada con mínimas pérdidas hemáticas. Si el método es usado correctamente, la lipoaspiración con volúmenes mayores de 5 l pueden ser removidos sin necesidad de transfusión. Es crítico que el cirujano monitoree la calidad del aspirado. Un aspirado amarillo puro indica mínima pérdida de sangre. Un aspirado muy rojo indica una pérdida de sangre mayor de la media.

La lipoaspiración debe comenzar 20 minutos después de completar la infiltración con solución tumescente para permitir un tiempo adecuado para una óptima vasoconstricción. Cualquiera sea el área anatómica tratada, los principios para producir una reducción del contorno sin dificultades son los mismos:

- Tratar cada área a través de múltiples incisiones de acceso. Es importante aspirar cada área desde diferentes ángulos para permitir más aspiración con menos irregularidad notable de los contornos.
- Aspirar primero desde la profundidad de los tejidos. Las áreas más superficiales deberían ser aspiradas después de que la grasa más profunda halla sido removida.
- Utilizar cánulas de medida angosta. Con este tipo de cánulas es menos probable que ocasionemos depresiones.
- Valorar el final de la lipoaspiración por los objetivos preoperatorios y por los hallazgos intraoperatorios.
- Debería verse una disminución en el contorno, con una reducción del grosor.
- Además, cuando los objetivos preoperatorios son alcanzados o son encontrados cambios en la calidad del aspirado, la lipoaspiración debe ser terminada.

Ante la duda, es mejor remover menos cantidad de tejido, debido a que es más difícil corregir una sobre-resección que una infrarresección.

Ultrasonido. El ultrasonido crea un campo energético poderoso en la punta de la sonda. Este campo energético vaporiza el tejido adiposo y libera los triglicéridos intracelulares. La mezcla de grasa y estroma es aspirado con una cánula convencional o con *powered liposuction*. La lipoaspiración por ultrasonido reduce el esfuerzo del cirujano y es particularmente útil en áreas cicatrizales y fibrosas. Una complicación potencial son las quemaduras térmicas causadas por la alta energía en la punta de la sonda. Otras complicaciones, tales como seromas y parestesias, ocurren más comúnmente cuando usamos el ultrasonido.

Es común usar la lipoaspiración asistida por ultrasonido en conjunto con las técnicas de lipoaspiración convencionales (máquina o jeringa). El uso de la técnica de la lipoaspiración asistida por ultrasonido es recomendada para cirujanos que tengan una experiencia previa extensa con el uso de la técnica convencional, y quienes han recibido una educación de posgrado adicional dedicada a la lipoaspiración asistida por ultrasonido.

Se han comunicado numerosas complicaciones asociadas a la lipoaspiración asistida por ultrasonido como consecuencia del incremento de la empleo de esta técnica. A continuación daremos algunas pautas para minimizar las complicaciones asociadas a la utilización de esta técnica:

- Seleccionar adecuadamente a los pacientes con depósitos de grasa localizados y en quienes su peso no supere más del 20% por encima de su peso ideal.
- Realizar la infiltración dentro del área de grasa a remover con solución de Ringer Lactato conteniendo 1ml de epinefrina 1:1000 por cada 1000ml de solución, detener la infiltración cuando los tejidos se vuelven firmes, no infiltrar el tejido turbulento o piel indurada.
- Restringir el nivel de energía aplicada al mínimo cuando estamos a 1 cm por debajo de la superficie de la dermis.
- Limitar la aplicación de energía ultrasónica en cada área en aproximadamente 1 minuto por un estimado de 100mL del aspirado total.
- No llevar a cabo la lipaspiración asistida por ultrasonido en una misma área que otro procedimiento pudiese comprometer potencialmente la vascularización del tejido.
- Cesar la aplicación de energía cuando la resistencia del tejido disminuye al pasaje de la sonda y permite mover rápidamente la cánula.
- Utilizar vendajes elásticos durante 2 semanas posteriores a la cirugía, estimular inmediatamente la realización de toda actividad normal, y restringir la actividad aeróbica por 2 semanas.

Tecnología láser. Nuevas tecnologías continúan surgiendo y facilitan potencialmente el proceso de lipoescultura. Recae sobre los médicos la responsabilidad de obtener una adecuada educación y entrenamiento antes de incorporar estas nuevas tecnologías en sus prácticas.

MEGALIPOASPIRACIÓN

La megalipoaspiración es la remoción aproximada de más de 6000 ml de grasa sobrenadante. Se recomienda la realización de múltiples lipoaspiraciones para la eliminación de grandes volúmenes de grasa, en vez de la realización de una megalipoaspiración. La megalipoaspiración puede ser asociada con altos porcentajes de morbilidad y mortalidad.

VOLÚMENES RECOMENDADOS PARA LA ELIMINACIÓN

La lipoaspiración, utilizando la técnica tumescente, demostró ser una técnica segura para la eliminación de volúmenes de hasta 5000 ml (grasa sobrenadante). Volúmenes mayores a 5000 ml deberían ser eliminados en pacientes seleccionados sin comorbilidades y en un quirófano adecuado. El volumen máximo recomendado debería ser modificado basado en el número de áreas de cuerpo a ser operadas, el porcentaje del peso corporal removido y el porcentaje de la superficie del área corporal cubierta por la cirugía. La lipoaspiración dentro de los rangos de volúmenes recomendados no requiere transfusión de sangre autóloga.

INSTALACIONES QUIRÚRGICAS

La lipoaspiración puede ser comúnmente llevada a cabo de forma ambulatoria en centros de cirugía ambulatoria, clínicas con instalaciones quirúrgicas o instalaciones hospitalarias. El procedimiento debe realizarse utilizando una técnica estéril.

La eliminación de microorganismos es vitalmente importante para prevenir la diseminación de la infección. Adicionalmente, el procedimiento debe ser realizado con un monitoreo rutinario de los signos vitales, saturación de oxígeno, monitoreo de electrocardiograma (ECG), y monitoreo del CO₂ (si es bajo anestesia general). Se recomienda el acceso intravenoso en todos los pacientes.

Los cirujanos que administran anestesia local tumescente deberían estar apropiadamente entrenados y calificados para proveer el nivel requerido de anestesia. Además deberían tener un adecuado entrenamiento en las técnicas de resucitación cardiopulmonar (ACLS).

COMPLICACIONES Y RESULTADOS ESPERADOS

Los resultados esperados deberían estar basados en la evaluación preoperatoria de la edad de los pacientes, elasticidad de la piel, volumen de grasa para ser eliminado y área de lipoaspiración. Los mejores resultados son esperados en pacientes jóvenes, con deformidades menores, peso normal, piel elástica, y pequeños volúmenes removidos.

Las complicaciones estéticas más frecuentes son:

- remoción de tejido adiposo de forma insuficiente, en exceso o de forma irregular
- formación local de edemas, hematomas o seromas
- infección local
- asimetría
- hiper o hipopigmentación de la piel
- parestesias
- cicatrices
- vasculopatías

Las complicaciones severas y que pueden poner en riesgo la vida del paciente son:

- trombosis venosa profunda
- tromboembolismo pulmonar
- sobrecarga de fluidos
- edema pulmonar
- hemorragia profusa (por ejemplo, hemorragia retroperitoneal)
- shock hemorrágico
- perforación visceral
- síndrome de shock séptico con fascitis necrosante
- infección sistémica
- toxicidad por lidocaína o por epinefrina
- síndrome de embolia grasa.

Complicaciones raras de la lipoaspiración:

- ceguera por neuropatía óptica isquémica
- infección por herpes zoster
- infección de piel y heridas por mycobacterias que se desarrollan rápidamente

- apoplejía pituitaria
- insuficiencia renal aguda

La lipoaspiración llevada a cabo bajo anestesia general ha sido asociada con un mayor número de complicaciones sistémicas e inclusive con la muerte, en un porcentaje de 1/5000 (20/100000) procedimientos, a diferencia de la lipoaspiración bajo anestesia local, donde no se han reportado muertes y pocas complicaciones sistémicas significativas. El tromboembolismo pulmonar permanece como la principal causa de muerte.

CUIDADOS Y MEDICACIONES POSOPERATORIAS

Durante los dos primeros días después de la lipoaspiración, grandes cantidades de fluido teñidos con sangre drenarán de los sitios de incisión. Los pacientes a los cuales se les ha practicado una remoción de pequeños volúmenes (< 2500 ml) podrán retornar a sus actividades laborales dentro de los 4 a 5 días. Los pacientes a los cuales se les ha practicado una lipoaspiración que involucre múltiples áreas y la remoción de grandes volúmenes (> 5000 ml) requerirán un tiempo más prolongado de recuperación. Estos pacientes usualmente deberían permanecer por lo menos la primera noche en la clínica o en el hospital y usualmente requerirán unos 7 a 10 días antes de retornar a sus actividades diarias normales. El deporte enérgico no debería ser reanudado hasta 3 semanas posteriores a la cirugía.

A pesar de que la compresión posquirúrgica no influye en los resultados finales, es considerada muy importante y muy útil en los primeros siete días posquirúrgicos y podría acelerar el tiempo de recuperación. La profilaxis antibiótica podría ser indicada en casos de lipoaspiración. La deambulación temprana de pacientes sometidos a lipoaspiración es aconsejable para evitar estasis venosa y acortar el período de recuperación posoperatoria.

RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

El cirujano debe realizar fotografías preoperatorias y posoperatorias para documentar las condiciones de los pacientes y evaluar los resultados. El peso del paciente debe ser documentado antes y después del procedimiento. Es muy importante la realización de un hemograma, prestando especial atención al hematocrito, hemoglobina y recuento de plaquetas, y de un coagulograma completo en el preoperatorio, en el posoperatorio inmediato y al séptimo día del posoperatorio. La documentación debería incluir la siguiente información:

1. Tipo de anestesia
2. Técnica utilizada:
 - a. Tradicional
 - b. Tumescente
 - c. Lipoaspiración asistida por ultrasonido
 - d. Lipoaspiración Power
3. Peso, talla y BMI preoperatorio y posoperatorio
4. Fotografías preoperatorias y posoperatorias
5. Composición y cantidad de fluido tumescente infiltrado
6. Drogas utilizadas, con sus respectivas dosis

**Tabla 3.** Síntomas de DVT y PE para entregarles a los pacientes.*

Trombosis venosa profunda	Usualmente ocurre en una sola pierna, por encima o por debajo de la rodilla
	Hinchazón: una pantorrilla o un muslo más grande que el otro
	Depresión cuando presionamos con un dedo el área hinchada
	Una pierna más caliente que la otra
	Dolor en la pierna, que puede incrementarse cuando estamos parados o caminamos
	Sensibilidad de la pierna que puede estar confinada a una área
	Cambio en la coloración de la piel de la pierna (azulado o rojizo)
Embolismo pulmonar	Fiebre en bajo grado (raro)
	Dolor en el pecho
	Respiraciones más cortas o dificultad para respirar
	Espujo sanguinolento
	Taquipnea
	Taquicardia
	Sudoración
Mareos	

*Un gran porcentaje de DVT son asintomáticos. Muy pocos pacientes tienen todos estos síntomas. Esta lista debería ser suministrada a los pacientes como parte de su educación.

7. Volumen total de grasa y fluidos extraídos
8. Volumen de grasa sobrenadante
9. Sitios anatómicos tratados
10. Drenajes
11. Complicaciones
12. Vendajes posoperatorios utilizados
13. Hemograma y coagulograma preoperatorio, posoperatorio inmediato y al séptimo día postoperatorio

Los cirujanos deberían revisar y comparar las fotografías prequirúrgicas y posquirúrgicas para evaluar objetivamente la calidad y la extensión de los resultados finales. El análisis crítico de los resultados es valioso para las perspectivas de los cirujanos y de los pacientes.

DOCUMENTACIÓN DE COMPLICACIONES

Es un deber, una obligación y una responsabilidad informar cualquier evento adverso, incluyendo su morbilidad y eventual mortalidad. Sugerimos a los médicos que realizan este tipo de procedimientos el reporte de todas las complicaciones y los casos de muerte debidos a la lipoaspiración.

BIBLIOGRAFÍA

- Böni R. [Safety of tumescent liposuction] *Schweiz Rundsch Med Prax.* 2007 Jul 4;96(27-28):1079-82. Review. PMID: 17655078.
- Broughton G 2nd, Rios JL, Rohrich RJ, Brown SA. Deep venous thrombosis prophylaxis practice and treatment strategies among plastic surgeons: survey results. *Plast Reconstr Surg.* 2007 Jan;119(1):157-74. PMID: 17255670.
- Sharma D, Dalencourt G, Bitterly T, Benotti PN. Small intestinal perforation and necrotizing fasciitis after abdominal liposuction. *Aesthetic Plast Surg.* 2006 Nov-Dec;30(6):712-6. PMID: 17093873.
- V. Leroy Young, MD; and Marla E. Watson, MA. The Need for Venous Thromboembolism (VTE) Prophylaxis in Plastic Surgery. *Aesthetic Surgery Journal.* 2006 March/April; 26(2):157-175.
- Ribeiro Monteiro ML, Moura FC, Cunha LP. Bilateral visual loss complicating liposuction in a patient with idiopathic intracranial hypertension. *J Neuroophthalmol.* 2006 Mar;26(1):34-7. PMID: 16518164.
- Toledo LS, Mauad R. Complications of body sculpture: prevention and treatment. *Clin Plast Surg.* 2006 Jan;33(1):1-11, v. Review. PMID: 16427969.
- Coldiron B, Fisher AH, Adelman E, et al. Adverse event reporting: lessons learned from 4 years of Florida office data. *Dermatol Surg.* 2005 Sep;31(9 Pt 1):1079-92; discussion 1093. PMID: 16162309 [PubMed - indexed for MEDLINE].
- Glashofer M, Coleman WP 3rd, Lewis A, Mason S, Plaisance J. Seroma formation following abdominal liposuction. *Dermatol Surg.* 2005 Jul;31(7 Pt 1):770-1. PMID: 16029704.
- Most D, Kozlow J, Heller J, Shermak MA. Thromboembolism in plastic surgery. *Plast Reconstr Surg.* 2005 Feb;115(2):20e-30e. Review. PMID: 15692337.
- Foroozan R, Varon J. Bilateral anterior ischemic optic neuropathy after liposuction. *J Neuroophthalmol.* 2004 Sep;24(3):211-3. PMID: 15348986.
- Andrews TR, Perdakis G, Shack RB. Herpes zoster as a rare complication of liposuction. *Plast Reconstr Surg.* 2004 May;113(6):1838-40. PMID: 15114155.
- Cohen A, Kishore K, Wolansky L, Frohman L. Pituitary apoplexy occurring during large volume liposuction surgery. *J Neuroophthalmol.* 2004 Mar;24(1):31-3. PMID: 15206436.

- Hoffmann JN, Fertmann JP, Baumeister RG, Putz R, Frick A. Tumescence and dry liposuction of lower extremities: differences in lymph vessel injury. *Plast Reconstr Surg.* 2004 Feb;113(2):718-24; discussion 725-6. PMID: 14758241.
- Lehnhardt M, Homann HH, Druecke D, Steintraesser L, Steinau HU. [No problem with liposuction?] *Chirurg.* 2003 Sep;74(9):808-14. Review. German. PMID: 14504792.
- Katz BE, Bruck MC, Felsenfeld L, Frew KE. Power liposuction: a report on complications. *Dermatol Surg.* 2003 Sep;29(9):925-7; discussion 927. PMID: 12930334.
- Richardson T, Kerr D. Skin-related complications of insulin therapy: epidemiology and emerging management strategies. *Am J Clin Dermatol.* 2003;4(10):661-7. Review. PMID: 14507228.
- Coldiron B. Office surgical incidents: 19 months of Florida data. *Dermatol Surg.* 2002 Aug;28(8):710-2; discussion 713. PMID: 12174063.
- Platt MS, Kohler LJ, Ruiz R, Cohle SD, Ravichandran P. Deaths associated with liposuction: case reports and review of the literature. *J Forensic Sci.* 2002 Jan;47(1):205-7. Review. PMID: 12064654.
- Lee JG, Lee JS, Lee YK, Song CS, Cho JM. Acute renal failure after thrombotic agent therapy due to excessive bleeding after cosmetic liposuction. *Ren Fail.* 2002 Jan;24(1):103-7. PMID: 11921693.
- Commons GW, Halperin B, Chang CC. Large-volume liposuction: a review of 631 consecutive cases over 12 years. *Plast Reconstr Surg.* 2001 Nov;108(6):1753-63; discussion 1764-7. PMID: 11711959.
- Karmo FR, Milan MF, Silbergleit A. Blood loss in major liposuction procedures: a comparison study using suction-assisted versus ultrasonically assisted lipoplasty. *Plast Reconstr Surg.* 2001 Jul;108(1):241-7; discussion 248-9. PMID: 11420531.
- Abs R. [Thromboembolism in plastic surgery: review of the literature and proposal of a prophylaxis algorithm] *Ann Chir Plast Esthet.* 2000 Dec;45(6):604-9. Review. French. PMID: 11147120.
- Minagar A, Schatz NJ, Glaser JS. Liposuction and ischemic optic neuropathy. Case report and review of literature. *J Neurol Sci.* 2000 Dec 1;181(1-2):132-6. PMID: 11099723.
- Murillo J, Torres J, Bofill L, Rios-Fabra A, Irausquin E, Istúriz R, Guzmán M, Castro J, Rubino L, Cordido M. Skin and wound infection by rapidly growing mycobacteria: an unexpected complication of liposuction and liposculpture. The Venezuelan Collaborative Infectious and Tropical Diseases Study Group. *Arch Dermatol.* 2000 Nov;136(11):1347-52. PMID: 11074697.
- Umeda T, Ohara H, Hayashi O, Ueki M, Hata Y. Toxic shock syndrome after suction lipectomy. *Plast Reconstr Surg.* 2000 Jul;106(1):204-7; discussion 208-9. PMID: 10883636.
- Talmor M, FAhey TJ 2nd, Wise J, Hoffman LA, Barie PS. Large-volume liposuction complicated by retroperitoneal hemorrhage: management principles and implications for the quality improvement process. *Plast Reconstr Surg.* 2000 May;105(6):2244-8; discussion 2249-50. PMID: 10839425.
- Grazer FM, de Jong RH. Fatal outcomes from liposuction: census survey of cosmetic surgeons. *Plast Reconstr Surg.* 2000 Jan;105(1):436-46; discussion 447-8. PMID: 10627013.
- Troilius C. Ultrasound-assisted lipoplasty: is it really safe? *Aesthetic Plast Surg.* 1999 Sep-Oct;23(5):307-11. PMID: 10541842.
- Rao RB, Ely SF, Hoffman RS. Deaths related to liposuction. *N Engl J Med.* 1999 May 13;340(19):1471-5. PMID: 10320385.
- Tebbetts JB. Minimizing complications of ultrasound-assisted lipoplasty: an initial experience with no related complications. *Plast Reconstr Surg.* 1998 Oct;102(5):1690-7. PMID: 9774032.
- Matarasso A, Kim RW, Kral JG. The impact of liposuction on body fat. *Plast Reconstr Surg.* 1998 Oct;102(5):1686-9. PMID: 9774031.
- Gibbons MD, Lim RB, Carter PL. Necrotizing fasciitis after tumescent liposuction. *Am Surg.* 1998 May;64(5):458-60. PMID: 9585785.
- Barillo DJ, Cancio LC, Kim SH, et al. Fatal and near-fatal complications of liposuction. *South Med J* 1998;91:487-92. PMID: 9598863.
- Palmieri B, Bosio P, Catania N, Gozzi G. [Lipoemulsification versus li-poaspiration. Comparison of intraoperative blood loss and surgery time] *Minerva Chir.* 1997 Jun;52(6):801-5. Italian. PMID: 9324665.
- Talmor M, Hoffman LA, Lieberman M. Intestinal perforation after suction lipoplasty: a case report and review of the literature. *Ann Plast Surg.* 1997 Feb;38(2):169-72. Review. PMID: 9043587.
- Samdal F, Amland PF, Bugge JF. Blood loss during suction-assisted lipectomy with large volumes of dilute adrenaline. *Scand J Plast Reconstr Surg Hand Surg.* 1995 Jun;29(2):161-5. PMID: 7569814.
- Hanke CW, Bernstein G, Bullock S. Safety of tumescent liposuction in 15,336 patients. National survey results. *Dermatol Surg.* 1995 May;21(5):459-62. PMID: 7743109.
- Samdal F, Amland PF, Bugge JF. Plasma lidocaine levels during suction-assisted lipectomy using large doses of dilute lidocaine with epinephrine. *Plast Reconstr Surg.* 1994 May;93(6):1217-23..
- Samdal F, Amland PF, Bugge JF. Blood loss during liposuction using the tumescent technique. *Aesthetic Plast Surg.* 1994 Spring;18(2):157-60. PMID: 8017219.
- Mole B. Liposuction and extensive cutaneous necrosis. Apropos of a clinical case. *Ann Chir Plast Esthet* 1994;39:251-4. PMID: 7872644.
- Badran HA, Kodeara KZ, Mabrouk MH. Blood conservation in massive suction lipectomy. *Plast Reconstr Surg.* 1993 Dec;92(7):1298-304. PMID: 8248405.
- Klein JA. Tumescent technique for local anesthesia improves safety in large-volume liposuction. *Plast Reconstr Surg.* 1993 Nov;92(6):1085-98; discussion 1099-100. PMID: 8234507.
- Smith KA, Levine RH. Influence of suction-assisted lipectomy on coagulation. *Aesthetic Plast Surg.* 1992 Fall;16(4):299-302. PMID: 1414653.
- Boezaart AP, Clinton CW, Braun S, Oettle C, Lee NP. Fulminant adult respiratory distress syndrome after suction lipectomy. A case report. *S Afr Med J.* 1990 Dec 1;78(11):693-5. PMID: 2251620.
- Dolsky RL. Blood loss during liposuction. *Dermatol Clin.* 1990 Jul;8(3):463-8. PMID: 2379334.
- Charleux D, Thivolet J. [Unusual complication of liposuction (atypical cutaneous mycobacteriosis?)] *Ann Dermatol Venereol.* 1990;117(6-7):449-53. Review. French. PMID: 2221746.
- Ross RM, Johnson GW. Fat embolism after liposuction. *Chest.* 1988 Jun;93(6):1294-5. PMID: 3371109.



CÓMODA VALVA TRIDIMENSIONAL CON DIODO ULTRABRILLANTE

Marcelo Bernstein

Cirujano Plástico. Miembro Titular SACPER y SCPBA
Hospital "Prof. Ramón Carrillo". Ciudadela, Prov. de Buenos Aires, Argentina

RESUMEN

Se presenta una "valva ideal", por su comodidad y potente iluminación, para la cirugía de colocación de implantes mamarios, que se puede utilizar también para facilitar otras cirugías en cavidades de acceso difícil.

Este diseño se diferencia de otras valvas en que, al no ser plana y tener menos superficie de contacto, produce menor lesión tisular, aparte de proporcionar mejor visualización del campo operatorio (permite observar sangrados que se pueden ocultar con la valva común). Gracias a su novedosa iluminación, que es pequeña, potente y precisa, sin necesidad de fuente generadora de luz ni de la incómoda manguera de la fibra óptica, es de fácil manipulación y transporte.

SUMMARY

Taking into consideration the usual difficulties of breast surgery I am introducing the ideal splitter due to its comfort and powerful lighting to place breast implants and other types of surgeries in difficult access cavities.

This splitter is different from others due to its non flat shape with less contact surface that allows a better visualization of the surgery field and less contact with the tissues in which it is supported.

Thanks to its new, small, powerful and precise light that does not need an external generator or the uncomfortable hose of fibre optic it is very handy and easy to transport.

INTRODUCCIÓN Y DESARROLLO

Buscando la *valva ideal* en cuanto a una buena superficie de agarre y separación con el menor contacto tisular y excelente visualización del campo quirúrgico, pensé y diseñé numerosas variantes hasta encontrar la que considero que es la más adecuada para la cirugía de inclusión de implantes mamarios, que además por su reducido tamaño en cuanto al ancho hace posible el ingreso en incisiones de areolas pequeñas (Figura 1).

Su extremo libre es romo y curvado hacia arriba en un ángulo de 45° grados, el cual consideré como el más conveniente después de investigar con otros ángulos, y permite el fácil desplazamiento del tejido glándulo-adiposo sobre ella quedando por debajo el músculo pectoral (deslizamiento parecido al de un trineo sobre la nieve, considerando al músculo esta última) (Figura 2).

La mínima cara superior actúa como un tirante de poco contacto, que evita que el tejido de la mama se introduzca entre las otras dos caras inferiores; de esta manera se obtiene una buena observación del domo desde abajo a fin de controlar los puntos sangrantes (Figura 3) que pueden estar ocultos por otras valvas planas (Figuras 4 y 5).

Su mango cilíndrico torneado en forma anillada permite un buen ajuste anatómico a la mano del cirujano evitando el deslizamiento del instrumento (Figura 6).

El sistema lumínico está adaptado a un espacio ergonómico que no entorpece la dinámica de la valva y permite dirigir la luz en forma precisa al sector que uno necesita iluminar (Figura 7).

La luz generada en el diodo es consecuencia del fenómeno de fotoluminiscencia (choque de cargas atómicas opuestas que se producen al pasar una corriente eléctrica por las placas del diodo, con la resultante de una emisión de cuantos de luz por colisión, en forma permanente y simultánea).

Este pequeño diodo ultrabrillante (Figura 8) se alimenta mediante un muy delgado cable que se conecta al sistema eléctrico del quirófano, y no necesita una fuente generadora de luz externa ni manguera de fibra óptica.

Al tener una buena exposición e iluminación del campo quirúrgico, se reducen los tiempos operatorios en beneficio del paciente.



Figura 1.

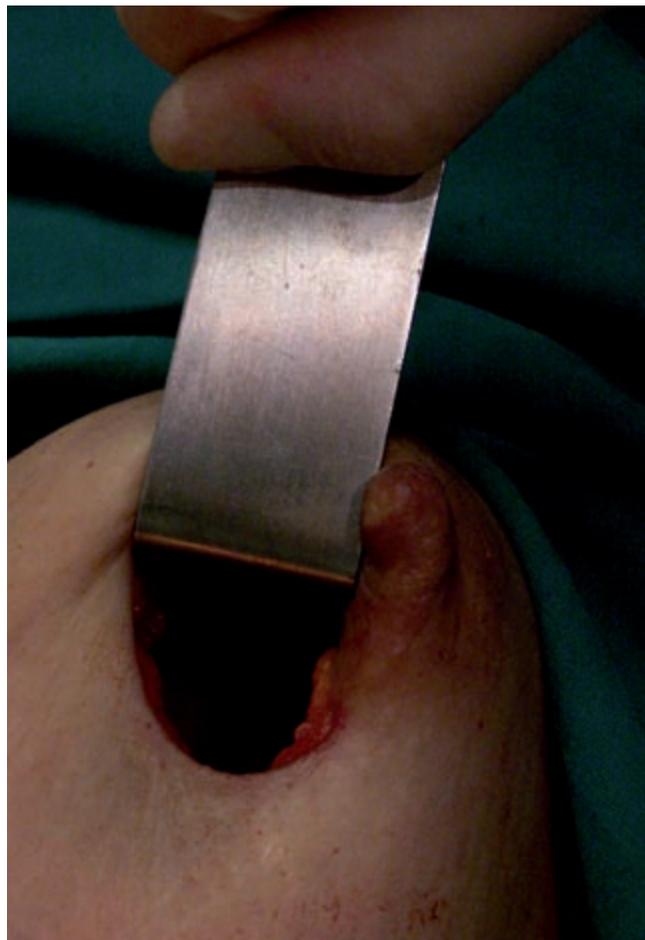


Figura 2.

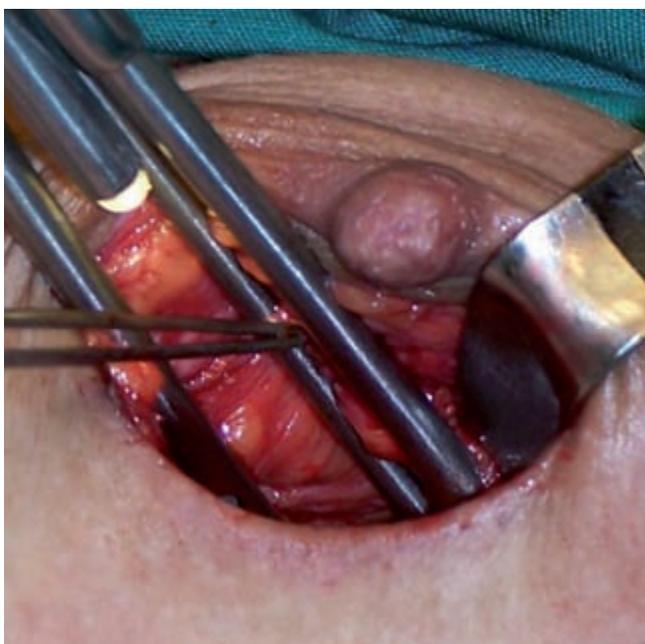


Figura 3.



Figura 4.



Figura 5.



Figura 6.



Figura 7.



Figura 8.



Figura 9.

CONCLUSIONES

Espero que este desarrollo sea de utilidad para los colegas y los invito a que continúen investigando sobre modernos sistemas de iluminación que se puedan adaptar al instrumental que utilizamos habitualmente (Figura 9).

LOS JUICIOS DE MALA PRAXIS

Dr. Jorge Patané

Jefe de Cirugía Plástica del Hospital Fernández

RESUMEN

Se describen mecanismos procesales en los Juicios por responsabilidad médica que afectan la igualdad de las partes ante la Ley (médico y paciente demandante). Se analiza el beneficio de litigar sin gastos, la ausencia de un baremo para cuantificar las demandas, los tipos de responsabilidades de medios y resultados y la responsabilidad engañosa. A partir de este análisis se ofrecen soluciones para equiparar a las partes (actor y demandado).

SUMMARY

Description of the procedural mechanisms for trials concerning medical liability that affect the parties' equality under the law (doctor and plaintiff patient). Analysis of the right to sue without paying filing fees; absence of a medical chart for the quantification of claims; types of liability; and misleading publicity. Based on this analysis solutions are offered to reach equality for the parties involved (plaintiff and defendant)

Responsabilidad profesional es la obligación que tienen los profesionales (ingenieros, contadores, escribanos, etc.) de responder por las consecuencias derivadas de su actuación profesional.

Responsabilidad médica es un tipo de responsabilidad profesional: es la obligación de responder por los actos derivados de la actuación profesional en el campo de la medicina.

El Art. 1083 del Código Civil establece que la forma de reparar un daño es la reposición de las cosas a su estado anterior. Caso contrario, se fija una indemnización dineraria.

Esta indemnización es la meta de todo juicio contra profesionales en el ámbito de la Justicia Civil.

En los últimos años han proliferado los juicios contra los médicos, concentrándose preferentemente en algunas especialidades, entre ellas la Cirugía Plástica.

La Constitución Nacional, tanto en su antigua versión como en la última reforma (Paraná, Provincia de Santa Fe, 1994), establece en su artículo 16 que "... todos los habitantes son iguales ante la Ley"... Sin embargo, ciertos mecanismos perversos en la Justicia suelen conculcar este principio de igualdad entre la actora (el paciente que querrela) y el demandado (médico y compañía de seguros).

El objetivo de este trabajo es comentar dichos mecanismos perversos y ofrecer propuestas de cambios para ellos.

ANÁLISIS

1. **Beneficio de litigar sin gastos.** Es un mecanismo pensado originalmente para permitir el acceso a la Justicia a los insolventes y a las personas de escasos recursos: les permite accionar sin gastos ni tener que pagar las costas judiciales (sentencia, honorarios de letrados y peritos). Las condiciones se han flexibilizado tanto, que se suele entregar pródigamente a la mayoría de las personas que lo solicitan. De esta forma, el paciente que se opera en ámbito hospitalario o privado suele solicitarlo cada vez que decide hacer un juicio y raramente se le niega. Vemos con frecuencia en la puerta de nuestros hospitales a personas entregando folletos que instan a hacer juicio a los médicos si la atención recibida no satisface al paciente, asegurándole que no van a tener que pagar nada. Por lo tanto, el paciente devenido actor en el juicio, sabe que puede ganar, pero nunca perder suma monetaria alguna. Solamente perderá su tiempo. Pero alguien tiene que pagar, y éste será el médico o su compañía de seguros. Por lo tanto, se ha vulnerado la igualdad frente a la Ley, pues una de las partes está condenada monetariamente desde el inicio.
2. **Cuantificación del monto de la demanda.** La compra de un electrodoméstico, un automóvil o un departamento de características similares tienen valores de referencia en el mercado, con máximos y mínimos conocidos según calidad, marcas, etc. Sin embargo, en la Cirugía Plástica, no existen tablas de referencia (baremos) que permitan cuantificar, por ejemplo, cicatrices, deformidades, etc., quedando librado el monto del resarcimiento monetario a la imaginación de los abogados de la querrela o a las ilimitadas aspiraciones de las presuntas víctimas.
3. **Cuantificación del monto de la sentencia.** Al no haber parámetros de cuantificación conocidos, el monto de la sentencia en contra del médico queda librado al arbitrio y discrecionalidad del juez, pudiendo variar significativamente entre un Juzgado y otro, en los 110 tribunales que componen la Justicia



Civil. Entonces, el mismo médico, condenado por el mismo daño, podría ser obligado a resarcir montos muy diferentes, según el Juzgado donde estuviera asentada la *litis*.

4. **Relación contractual.** La jurisprudencia argentina ha calificado como contractual la naturaleza jurídica de la responsabilidad médica. En este contrato hay dos partes: por un lado el paciente, que puede devenir querellante, que se obliga (en el ámbito privado) a entregar al médico una cierta suma de dinero a cambio de un tratamiento, y en el ámbito público que recurre a los hospitales y obras sociales, generalmente sin pagar suma alguna. Por el otro lado un médico, que puede devenir demandado, que se obliga a brindar un determinado tratamiento por dicha suma de dinero (medio privado) o por recibir un magro sueldo (nivel público). En caso de fallar o no gustar, puede ser demandado en un plazo de 10 años o aún mayor, y condenado a abonar una suma totalmente incierta, que no es múltiplo de la suma entregada, sino que queda librada a numerosos imponderables, y sobre este total, abonar honorarios de letrados, de peritos, y tasas de Justicia. De esta manera, comprobamos nuevamente, que las dos partes, actor y demandado, no reciben el mismo tratamiento frente a la ley.
5. **Rechazo de la demanda si hubo beneficio de litigar sin gastos.** En este caso puntual, si se demuestra que la demanda carece de fundamento y se rechaza en todos sus términos, no existe condena monetaria hacia el médico. Sin embargo, el procedimiento estipula, generalmente, que las costas (honorarios de abogados y peritos) se regulen sobre el monto pretendido en la demanda (la suma de indemnización a que aspira el paciente, siempre más alta que lo que la realidad manda), y los demandados (médico y compañía de seguros) deben afrontar el pago de las costas que es un porcentaje del monto pretendido en dicha demanda. Curiosamente entonces, si el médico fuese condenado por un daño pequeño, debe pagar muchísimo menos que si queda absuelto por completo ante una demanda sin fundamento en el mismo juicio.
6. **Obligación de medios y resultados.** La jurisprudencia se inclina, en un alto porcentaje de los casos, a establecer la obligación de resultados para la cirugía estética (fuente principal de reclamos en cirugía plástica), sobre la base de que si no se le ofreciera un buen resultado, el paciente no se operaría. En el resto de la cirugía rige la obligación de medios (aplicación de su saber y proceder a favor de la salud del enfermo). Nadie puede pretender que el médico cure el cáncer, el SIDA, etc. Sin embargo, se pretende que el médico, con el mismo armamentario quirúrgico (instrumental, suturas, etc.) debe dejar siempre bien al paciente.
7. **Teoría de la triple imposición.** Tratándose la cirugía estética de procedimientos que actúan sobre la forma del sujeto y siendo el médico, en cierta forma, además de un científico un artista, que modela el cuerpo del paciente, al menos en parte, según su particular criterio, el resultado obtenido debe agradecer al médico, al paciente (que caso contrario accionará judi-

cialmente) y al juez, que será el encargado de dirimir la controversia y condenar eventualmente al cirujano. De esta forma, puede suceder que la demanda tenga un componente subjetivo (no me gusta), en lugar de un componente objetivo (daño; por ejemplo asimetría, problemas neurológicos, etc.).

8. **Inversión de la carga de la prueba.** Siempre se afirma que una persona es inocente hasta que se demuestre lo contrario. Con este criterio, la demostración (llamada la carga de la prueba) queda a cargo del paciente. Sin embargo, si se acepta que existe responsabilidad de resultados (opinión dividida entre los Juzgados Civiles), se invierte la carga de la prueba, es decir que el médico debe demostrar su inocencia. Observamos entonces que un paciente que acciona con beneficio de litigar sin gastos, en un Juzgado que acepta la responsabilidad de resultados, corre con ventaja respecto al médico demandado, conculcándose el principio de igualdad ante la ley.
9. **Pericial médica.** Con cierta frecuencia, se sortean peritos que no son especialistas en Cirugía Plástica y que no conocen a fondo la especialidad.
10. **Publicidad engañosa.** Basta encender el televisor para ver a toda hora a cirujanos plásticos o supuestos especialistas ofrecer resultados que se acercan a la magia: procedimientos rápidos, indoloros, resultados espectaculares y recuperación casi instantánea; es decir, una suerte de alta peluquería científica. Esta publicidad engañosa es doblemente perjudicial para la especialidad: confunde a los pacientes, que esperan resultados imposibles, y confunde a los jueces, que juzgan por la información que reciben (no sólo de los peritos, sino sobre la imagen que reciben de los medios). Poco hacen las autoridades nacionales para regular esta publicidad engañosa que está penada por la Ley del Ejercicio de la Medicina. Las Sociedades de Cirugía Plástica están limitadas a vigilar a sus miembros, pero poco o nada pueden hacer sobre otros profesionales que no integran su membresía.

PROPUESTAS

Queremos dejar explicitado que no estamos en contra de enjuiciar a los médicos si existe un fundamento cierto, pues en caso contrario estaríamos avalando la impunidad para un sector de la sociedad. Pero sí estamos en contra de la denominada *industria del juicio* hacia los médicos.

Si bien es muy difícil modificar los 10 puntos analizados, que permiten que el médico demandado corra con desventaja frente a la industria del juicio, entendemos que ciertas propuestas podrían nivelar a la actora con la demandada, a saber:

- A. **Beneficio de litigar sin gastos.** Este mecanismo es común a toda la Justicia Civil y la prodigalidad en su otorgamiento, en la actualidad, parece irreversible. Sin embargo, las Sociedades Científicas podrían solicitar a la Justicia que, con el objeto de mantener la igualdad ante la Ley, el actor quede exento de



pagar la tasa de Justicia, pero sí sea obligado a pagar las costas si resulta vencido en su reclamo.

- B. **Baremo.** Existen baremos (tablas) que cuantifican los daños en las personas. Se debería solicitar a la Excelentísima Cámara de Apelaciones en lo Civil que se abocara a la confección de un baremo único de daños que oriente a los jueces sobre los montos a reclamar en los daños. Este baremo, similar a la Ley de Incapacidades Laborales de las ART, permitiría, además, orientar a los abogados en las demandas. Se aclara que el criterio del juez, finalmente es el que decide y que de este baremo quedarían excluidos los casos especiales (por ejemplo, daños faciales en artistas, etc.).
- C. **Pericial médica.** Reclamar que la pericia sea efectuada por un perito médico legista especialista en Cirugía Plástica.
- D. **Control de la publicidad engañosa.** Las Sociedades Científicas deberían reclamar al Ministerio de Salud para que se establezca un control riguroso de la publicidad médica, a los efectos de penar efectivamente la publicidad engañosa.
- E. **Especialización médica.** Las Sociedades Científicas deberían proponer una modificación de la Ley 17132, de Salud, a los efectos de que los procedimientos médicos sean practicados solamente por especialistas certificados, a los efectos de elevar el estándar de atención de la población.



OBITUARIO

LEONARDO PASCUAL ALBERTO BARLETTA



Su fallecimiento

Profundo pesar causó en diversos ámbitos de la comunidad platense y del país el fallecimiento, a los 93 años, del prestigioso y reconocido cirujano plástico Dr. Leonardo Pascual Alberto Barletta. Nació el 29 de enero de 1915 en el barrio de diagonal 74 y 15, a escasos metros del Centro Geográfico de la Ciudad de La Plata. No sólo se destacó y sobresalió en su profesión de médico, sino que además tuvo una enorme vocación y participación comunitaria. Fue un activo y destacado integrante del Rotary Club de La Plata y fundador y primer presidente de la Asociación Amigos del Parque Saavedra, zona donde residió gran parte de su vida, desde que contrajo matrimonio con María Elisa Aminarriz Mir.

Su destacada trayectoria le valió el reconocimiento de Ciudadano Ilustre de La Plata en el año 2003.

Los estudios primarios los realizó en la Escuela N°8 de diagonal 74 y 16, y el secundario en el Colegio Nacional. Graduado como doctor en Medicina en la facultad de Ciencias Médicas de la UNLP (Universidad Nacional de La Plata), pasó a formar parte de la escuela Clínico Quirúrgica del maestro Federico Christmann, por quien guardaba un reconocimiento profundo. En Cirugía Plástica y Reparadora, se formó en Buenos Aires con el maestro Dr. Héctor Marino, desarrollando su extensa carrera profesional y docente en la Ciudad de La Plata en los hospitales "General San Martín" y de Niños "Sor María Ludovica".

En el ejercicio de la docencia, con la que en 2003 cumplió sus bodas de oro, se desempeñó como profesor adjunto de Cirugía "D" con sede en el Policlínico de la Plata y como profesor de posgrado de Cirugía Plástica en la facultad de Ciencias Médicas de la UNLP, con sede en el Hospital de Niños "Sor María Ludovica" de La Plata.

Se perfeccionó en los Estados Unidos, en las ciudades de Nueva

York, Chicago, Boston y Miami; en Europa, en Francia e Italia, así como en Perú, México, Colombia y Brasil, recibiendo distinciones en casi todo el mundo.

Fue miembro titular de la Asociación Médica Platense, ocupando cargos en su comisión directiva en diferentes períodos; fundador y primer presidente de la Sociedad de Cirugía Plástica de La Plata y también de la Asociación Argentina de Patología de Cabeza y Cuello, de la Sociedad de Cancerología y de la Sociedad de Mastología, llegando a presidir en el año 1980 la Sociedad Argentina de Cirugía Plástica (SACPER). No solo fue miembro de las más prestigiosas sociedades médicas del país sino de los principales centros de de estudios del mundo.

El Dr. Barletta fue además distinguido como jurado en decenas de concursos académicos y científicos, como consultor en la especialidad de Cirugía Plástica, y también con presidencias de honor en congresos y sociedades de todo el país.

Desde el año 1942 hasta su fallecimiento presentó más de 160 trabajos científicos, asistió a 105 congresos y jornadas en nuestro país y en el extranjero y publicó 67 artículos científicos, además de 8 inéditos. Introdujo técnicas quirúrgicas personales para la Cirugía Plástica.

Después de haberse retirado de la práctica profesional, siguió relacionado y colaborando en las distintas sociedades científicas a las que pertenecía. Fue designado Cirujano Maestro de la SACPER en enero de 1997 y presidente Honorario del Congreso de Cirugía Plástica que se llevó a cabo en La Plata durante el año 2004.

De su matrimonio con María Elisa Amunarriz Mir nacieron sus tres hijos: Daniel (arquitecto), Liliana (profesora de inglés) y Aníbal (que reside en España), quienes le dieron ocho nietos y seis bisnietos, a quienes amaba profundamente.

Con respecto a su destacado trabajo comunitario, lo desarrolló en el Rotary Club La Plata desde el año 1964. En el año 2000 fundó, junto a sus vecinos, la Asociación Amigos del Parque Saavedra, de la que fue su primer presidente.

Leonardo Pascual Alberto Barletta fue un argentino enamorado de su ciudad y de su gente. Y a lo largo de su vida enseñó, con un ejemplo cotidiano y perseverante, que el trabajo, la constancia, la humildad y el sacrificio constituyen el único camino posible.

La Cirugía Plástica Argentina pierde sin duda a un gran referente de la medicina, pero por sobre todas las cosas a un hombre de marcados valores de bien que supo transmitir su sabiduría a los más jóvenes.

Dr. Rodolfo Rojas

NOTICIAS SACPER

XXXVIII CONGRESO ARGENTINO DE CIRUGÍA PLÁSTICA

Del 2 al 5 de abril del 2008
Bs. As, Sheraton Hotel & Towers

Miércoles 2 DE ABRIL			
HORARIO	LIBERTADOR B	LIBERTADOR C	Golden
09.00	INSCRIPCIÓN		CURSO INTERNACIONAL PRE-CONGRESO DE CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA JORNADAS DE CIRUGÍA Y ORTODONCIA EN MALFORMACIONES CONGÉNITAS Director: Dr. Pedro Dogliotti
14.00 a 15.00	CONFERENCIAS Cobertura de las fracturas abiertas de pierna Dr. Alain Masquelet (Francia) Investigación y eventos que conllevan al trasplante facial en humanos Dr. John Barker (EE.UU.)		
15.00 a 18.30	PRE-CONGRESO CURSO INTERNACIONAL CIRUGIA ESTETICA Director: Dr. Rubén Rosati Coordinador: Dr. Pedro Bistoletti		
18.30 a 19.30	ACTO INAUGURAL		

19.30 Cocktail de Apertura



Jueves 3 DE ABRIL				
HORARIO	LIBERTADOR B	LIBERTADOR C	GOLDEN	PONCHO
08.00 a 12.30	MEETING ARGENTINO-BRASILEÑO Director: Dr. Walter Servi Coordinador: Dr. Carlos Pestalardo		Capítulo QUEMADOS Director: Dr. Hugo Bubenik	Presentación TRABAJOS LIBRES Mamas 1
			CURSO ACTUALIZACIÓN EN MICROIMPLANTE CAPILAR Director: Dr. Oscar Marinacci	Presentación TRABAJOS LIBRES Abdominoplastias / Contorno corporal
12.00 a 12.30	RELATO OFICIAL ANATOMÍA CRANEOFACIAL TRIDIMENSIONAL Y SU RELACION CON EL TRAUMATISMO Dr. Flavio Sturla			
12.30 a 14.00	ALMUERZO		REUNIÓN EX PRESIDENTES SACPER	
14.00	Capítulo CIRUGÍA INFANTIL Directora: Dra. Gloria Ma- nassero	Capítulo CIRUGIA DE MIEMBROS, MANO Y MICROCIRUGIA Director: Dr. Martín Co- lombo	Presentación TRABAJOS LIBRES Cirugía Reconstructiva 1	Premio Senior
15.00			Presentación TRABAJOS LIBRES Párpados	Premio Investigación
				Premio Junior
16.00 a 16.30	Receso			
16.30 a 18.30	MESA REDONDA LIFTING	MESA REDONDA ESTÉTICA Y RECONS- TRUCCIÓN DE LA MAMA	MESA REDONDA TOXINAS BOTULÍNICAS Y RELLENOS FACIALES	
18.30 a 19.30	CONFERENCIAS Corrección quirúrgica del hipertelorismo Dr. Steven Wall (Inglate- rra) Hipertelorismo. 25 años de experiencia. Dr. Alaa Gheita (Egipto)	CONFERENCIAS Aspectos ético-filosóficos del injerto de la faz Dr. Alain Masquelet (Francia) El colgajo supra maleolar externo Dra. Marie Claude Ro- maña (Francia)	MESA REDONDA PROCEDIMIENTOS NO INVASIVOS PARA EL MODE- LADO CORPORAL	Presentación TRABAJOS LIBRES Misceláneas



Viernes 4 DE ABRIL				
HORARIO	LIBERTADOR B	LIBERTADOR C	GOLDEN	PONCHO
08.00 a 10.00	Capítulo ESTÉTICA Director Dr. Guillermo Vázquez	Capítulo CIRUGÍA MAXILOFACIAL Director: Dr. Luis Margáride	CONFERENCIAS Aumento facial: Técnicas de la cirugía reconstructiva que producen excelentes resultados en cirugía estética Dr. Fernando Molina Montalvo (México)	EXAMEN A MIEMBRO TITULAR
			Corrección esquelética de las asimetrías faciales Dr. Rómulo Guerrero (Ecuador) Lifting de párpado inferior con resección de hasta 2 cm de piel Dr. Alberto Irrigaray (Uruguay) Ritidoplastia pseudoendoscópica Dr. Vera Cardim (Brasil)	TRABAJOS A MIEMBRO TITULAR
10.00 a 10.30	RECESO			
10.30 a 11.30	CONFERENCIAS Levantamiento de la ceja contemporánea y la blefaroplastia del párpado superior. Dr. Malcolm Paul (EE.UU.)	CONFERENCIAS Abordaje quirúrgico de las fracturas de seno frontal Steven Wall (Inglaterra) Refinamiento en reconstrucción nasal. Detalles técnicos para optimizar resultados Dr. Ricardo Mazzola (Italia) Hipertelorismo. 25 años de experiencia. Dr. Alaa Gheita (Egipto)		
	Blefaroplastias en hombres Dr. Bryant Toth (EE.UU.)			
	Estética facial Lefort III Dr. Eric Arnaud (Francia) Blefaroptosis Dr. Hans Holmstrom (Suecia)			
11.30 a 12.30	CONFERENCIAS Tratamiento de los Defectos secundarios del dorso nasal Dr. Rómulo Guerrero (Ecuador)	CONFERENCIAS Duplicación Facial. Reporte de 7 casos Dr. Anil Madaree (Sudáfrica) Incorporando la tecnología de la sutura en los procedimientos contemporáneos de mama y abdomen Dr. Malcolm Paul (EE.UU.)		
	Rinoplastia Dr. Hans Holmstrom (Suecia) Manejo del volumen facial para rejuvenecimiento Dra. Vera Cardim (Brasil)			
12.30 a 14.00	ALMUERZO		REUNION EX PRESIDENTES FILIALES SACPER	



Viernes 4 DE ABRIL (continuación)				
HORARIO	LIBERTADOR B	LIBERTADOR C	GOLDEN	PONCHO
14.30 A 16.00	MESA REDONDA RINOPLASTIAS	MESA REDONDA MAMA	Mano	Presentación TRABAJOS LIBRES Cirugía Reconstructiva
16.00 a 17.00	CONFERENCIAS Manejo endoscópico de las fracturas orbitarias Dr. Antonio Fuente del Campo (México)	CONFERENCIA Reconstrucción auricular con expansión e implante Medprod® Dra. Paulina Iwanyk		Presentación TRABAJOS LIBRES
	Riesgos reales en trasplante de mano y cara Dr. John Barker (EE.UU.)	Berlín y el origen de la Cirugía Plástica Dr. Riccardo Mazzola (Italia)		Presentación TRABAJOS LIBRES
17.00 a 17.30	ASAMBLEA SACPER Primer llamado		Reunion Cirujanos en formación	
17.30 a 19.00	ASAMBLEA SACPER			

Sábado 5 DE ABRIL		
HORARIO	LIBERTADOR B	LIBERTADOR C
8.30 a 10.30	ISAPS	Presentación TRABAJOS LIBRES Cirugía Reconstructiva 3
		Presentación TRABAJOS LIBRES Maxilofacial
		Presentación TRABAJOS LIBRES Malformaciones Congénitas
		PRESENTACION DE LOS MEJORES TRABAJOS LIBRES
11:30 a 12:00	ACTO CLAUSURA	



ASAMBLEA

4 de abril de 2008:

(Se realizará dentro del XXXVIII Congreso Argentino de Cirugía Plástica)

SOCIEDAD ARGENTINA DE CIRUGIA PLASTICA

4 de abril de 2008

ASAMBLEA ORDINARIA

Orden del día

Se tratará el siguiente Orden del Día:

- Designación de dos socios para firmar el acta
- Lectura y Consideración de la Memoria Anual: Dr. Francisco Famá
- Lectura y aprobación del Balance General, Cuenta de Gastos y Recursos correspondiente al ejercicio cerrado el 31/12/07.
- Informe del Órgano de Fiscalización: Dra. Paulina Iwanyk
- Elección de Autoridades:
 - Comisión Directiva Abril 2008-Abril 2009

- Presidente y Sede XXXIX Congreso Argentino 2009
- Órgano de Fiscalización Abril 2008-Abril 2010
- Nominación de Miembro Honorario Nacional: Dr. Osvaldo Cudemo
- Nominación Cirujano Maestro: Dr. Juan José Galli
- Delegado Nacional ante la Federación Iberolatinoamericana
- Oficialización de Listas de Autoridades:
 - Comisión Directiva Abril 2009-Abril 2010
 - Sede y Presidente XL Congreso Argentino Congreso 2010
- Regionalización del país
- Acreditación de los servicios formadores de la especialidad
- Política de ingresos de la Sociedad
- Otros

SESIÓN SOLEMNE DE CAMBIO DE AUTORIDADES

15 de abril de 2008: 21.00 hs

Asociación Médica Argentina (AMA).



NOTICIAS FILIALES

SOCIEDAD DE CIRUGÍA PLÁSTICA DE BUENOS AIRES

LLAMADO A ASAMBLEA

Se resuelve llamar a todos los asociados a Asamblea General Ordinaria y Extraordinaria para el martes 25 de marzo de 2008, a celebrarse en la Asociación Médica Argentina (Av. Santa Fe 1171) a fin de tratar el siguiente Orden del Día:

ASAMBLEA EXTRAORDINARIA

1º llamado 19 horas

2º llamado 20 horas

Orden del Día:

1. Designación de 2 socios para firmar el Acta

2. Reforma del Estatuto

(Se hallan a disposición de los asociados las reformas en Av. Santa Fe 1611 3º de Capital Federal)

ASAMBLEA GENERAL ORDINARIA

1º llamado 20.30 horas

2º llamado 21.30 horas

Orden del Día:

1. Designación de dos miembros para firmar el Acta
2. Lectura y consideración de la Memoria, Balance General, Cuentas de gastos y recursos e Informe del Órgano de Fiscalización.
3. Lectura y consideración del Informe del Secretario General.
4. Nombramiento del Dr. Raúl Fernández Humble como Miembro Honorario
5. Elección de autoridades para cubrir los cargos de: Vicepresidente, Secretario General, Prosecretario, Tesorero, Protesorero, Secretario de Actas, Director de Publicaciones, Subdirector de Publicaciones, Vocales Titulares y Vocales Suplentes.

21 de Abril de 2008- 21.00 hs.- A.M.A.

Sesión Solemne Inaugural y de Cambio de Autoridades
