



COMISIÓN DIRECTIVA SACPER

Período abril 2008-2009

Presidente

Dr. Víctor Oscar Vassaro

Vicepresidente

Dr. Carlos Alberto Perroni

Secretario General

Dr. José Francisco Nociti

Prosecretario

Dr. Walter Servi

Tesorero

Dr. Sergio Mario Korzin

Protesorero

Dr. Francisco Errea

Secretario de Actas

Dr. Rubén Emilio Rosati

Director de Publicaciones

Dr. Francisco Fernando Jacovella

Subdirector de Publicaciones

Dr. Omar Darío Ventura

Vocales Titulares

Dr. Carlos Rey
Dr. Néstor Martín Vincent
Dr. Gustavo Andrés Chajchir
Dra. Sandra Filiciani

Vocales Suplentes

Dr. Sergio Marcelo Polichela
Dr. José Luis Soplán
Dr. Gustavo E. Prezzavento
Dr. Héctor Tito Leoni

Presidente anterior

Dr. Ernesto Adrián Moretti

CAPÍPULOS, COMISIONES Y COMITÉS

Año 2008

Capítulos

Cirugía Estética

Dra. María Cristina Picón

Quemados

Dr. Vicente Hugo Bertone

Cirugía Maxilofacial

Dra. María Fernanda Valotta

Infantil

Dra. Paulina Iwanyk

Miembros, Mano y

Microcirugía

Dr. Eduardo José Stagnaro

Comisión de Docencia e Investigación

Coord.: Dr. Ernesto Moretti

Dr. Omar Darío Ventura

Dr. Oscar Alberto Zimman

Dr. Juan Carlos Ortega

Comisión de Educación Médica Continua

Coord.: Dr. Jorge Herrera

Dr. Ricardo Losardo

Dr. Enrique Gagliardi

Dr. Manuel Alberto Viñal

Comité de Ética

Coord.: Dr. F. Benaim

Dr. Orlando López

Dr. Rodolfo Ramón Rojas

Dr. Carlos Caviglia Bosch

Dr. Paulino Morales

Comisión Informática

Coord.: Dr. Patricio Fernando Jacovella (Director de Publicaciones)

Respuesta de e-mails

Dr. Francisco Jorge Famá

Asesora de página web

Dra. Paulina Iwanyk

Comisión de Asuntos Legales

Coord.: Dr. Francisco Famá

Dr. Luis Mario Ginesín

Dr. Carlos Emilio Sereday

Dr. Federico A. Deschamps

Consejo de Relaciones Internacionales de la SACPER

Coord.: Dr. Guillermo

Alberto Flaherty

Dr. Omar Ventura (FILACP)

Dr. Enrique Gagliardi

(IPRAS)

Dr. Carlos Reilly (Cono Sur)

Dr. Jorge Buquet (Cono Sur)

Dr. Juan Seiler (ISAPS)

Dr. Guillermo Vazquez

(Capítulo FILACP)

Dr. Juan Carlos Rodríguez

(Capítulo FILACP)

Comité de Recertificación

Presidente:

Dr. Julio Luis Cianflone

Secretario:

Dr. Jorge Alberto Herrera

Vocales:

Dr. Jorge Alberto Buquet

Dr. Alfredo J. Pardina

Dra. Martha Olga Mogliani

Dr. Pedro Luis Dogliotti

Rep. de Comisión Directiva:

Dr. José Francisco Nociti

Comisión del Centro de Referencia y Contrarreferencia para el Tratamiento de las Fisuras Labioalveoloplatinas

Asesor

Dr. Rodolfo Ramón Rojas

Director General

Dr. Carlos Alberto Perroni

Coordinadora de Campaña

Dra. Martha Mogliani

Coordinadora Científica

Dra. Paulina Iwanyk

Secretaria

Dra. Mirta Susana Moreno

Tesorero

Dr. Sergio Mario Korzin

(SACPER)

Relaciones Públicas

Dr. Sergio Marcelo Polichela

Representantes Regionales

Buenos Aires: Dra. Mirta

Moreno

La Plata: Dr. Carlos Perroni

Nordeste: Dr. Dante Masedo

Tucumán: Dr. Miguel

Corbella

Comisión de Admisión de Trabajos a Premio

Vicepresidente SACPER

Secretario General SACPER

Prosecretario General

SACPER

Comisión Asesora de Congresos

Dr. Abel Chajchir

Dr. Enrique Pedro Gagliardi

Dr. Horacio A. García Igarza

Dr. Luis Alberto Margaride

Dr. Carlos Rodríguez Pey-

loubet

Videoteca

Dr. Justo La Torre Vizcarra

Dr. Fernando Tuccillo

Relaciones con Filiales

Dr. Carlos Alberto Perroni

Dra. Sandra Filiciani

Parlamentario

Dr. Carlos Rey

Secretario de Difusión y Relaciones:

Dr. Francisco Famá



COMITÉ DE REDACCIÓN

Director

Dr. Víctor Vassaró

Editora

Dra. Martha O. Mogliani

Secretarios de Redacción

Dr. Francisco Fernando Jacovella
Dr. Omar Darío Ventura

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. Luis Inchaurrega (Cirujano Maestro)
Dr. Osvaldo Orduna
(Miembro Honorario Nacional)
Dr. Luis F. Albanese
(Miembro Honorario Nacional)
Dr. Juan José Galli (Cirujano Maestro)

SOCIEDADES FILIALES

Años 2007 - 2008

Sociedad de Cirugía Plástica de Buenos Aires

Santa Fe 1611 3º Piso - (1060) Capital Federal
Tel: 4816-3757 / 0346 Fax. 4816-0342
info@scpba.org.ar
Presidente: Dr. Jorge Patané
Vicepresidente: Dr. Francisco Famá
Secretario General: Dr. Gustavo Prezzavento

Sociedad de Cirugía Plástica de Córdoba

Ambrosio Olmos 820 - (5000) Córdoba
Tel: (0351) 46-04313
e-mail: cirmecba@infovia.com.ar
Presidente: Dr. Julio Frontera Vaca (h)
Vicepresidente: Dr. Omar Pellicione
Secretario Gral: Dr. Alexis Ohaniam

Sociedad de Cirugía Plástica de Mendoza

Olegario V. Andrade 496 (5500) Mendoza
Tel: (0261) 4286844 Fax: (0261) 4286247
Presidente: Dr. Alejandro Gutierrez
Vicepresidente: Dr. Hugo Sanchez
Secretario Gral: Dr. Luis Sananes

Sociedad de Cirugía Plástica de La Plata

Calle 50 - Nº374 (e/2 y 3) - (1900) La Plata
Tel: (0221) 422-5111
E-mail: scirplasticalaplata@hotmail.com
Presidente: Dr. Carlos D. Schreiner
Vicepresidente: Dr. Daniel Mosquera
Secretario Gral: Dr. Sergio Polichela

Sociedad de Cirugía Plástica de Rosario

Santa Fe 1798 (2000) Rosario
Tel: (0341) 421-0120 o 447-1143 Fax: 425-9089
e-mail: sccmr@cimero.org.ar
www.scpperr.com.ar
Presidente: Dr. Carlos Zavalla
Vicepresidente: Dr. Guillermo Siemienczuk
Secretario Gral: Dra. Sandra Filiciani

Sociedad de Cirugía Plástica del Nordeste

Av. 3 de Abril 869 (3400) Corrientes
Tel: (03783) 435-122
Presidente: Dr. Eduardo Gomez Vara
Vicepresidente: Dra. Hebe Blanco
Secretario Gral: Dr. Sergio Martinez

Sociedad de Cirugía Plástica de Mar del Plata

Güemes 2968 (7600) Mar del Plata
Tel: (0223) 486-2068 Fax: (0223) 486-2068
Presidente: Dr. Esteban Elena
Vicepresidente: Dr. José Luis Soplán
Secretario Gral: Dr. Gustavo Pablo Invierno

Sociedad de Cirugía Plástica de Tucumán

Pje. Martinez Suviria 3481 (4000) Tucumán
Presidente: Dr. Roberto Serrano
Vice-Presidente: Dr. Fernando Colombres
Secretario Gral: Dr. Enrique Santiago Rusconi

Sociedad de Cirugía Plástica del NOA

Presidente: Dr. Roberto Serrano
Vicepresidente: Javier Vera Cucchiari
Secretario: Ricardo Lara

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 Cirujanos Plásticos, Es tética y Reparadora.
Comité de Redacción: Dra. Martha Mogliani. Av. Santa Fe 3401 17º 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	58
<hr/>	
DISCURSO DE ASUNCIÓN <i>V. O. Vassaro</i>	59
<hr/>	
EPITELIOMATOSIS FACIAL MÚLTIPLE (CASE REPORT). CONSIDERACIONES SOBRE SU TRATAMIENTO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA <i>E. E. Marchioni</i>	62
<hr/>	
ASPECTOS CLINICOQUIRÚRGICOS Y EPIDEMIOLÓGICOS DE NIÑOS PORTADORES DE FISURAS LABIONASOPALATINAS EN SEGUIMIENTO POR LA SALA DE GENÉTICA, INTEGRANTE DEL COMITÉ DE MALFORMACIONES CRANEOMAXILOFACIALES Y FISURADOS DE LA PLATA <i>S. Morales, S. Castro Monsonis, L. Pinola, Silvia Jury, N. Cecotti, R. Rojas, D. Domeniconi, G. Stanga, J. Castillo, C. Perroni</i>	74
<hr/>	
TÉCNICA QUIRÚRGICA SIMPLE Y EN UN TIEMPO PARA RECONSTRUCCIÓN DEL PABELLÓN AURICULAR POSRESECCIÓN DE TUMOR SIN MODIFICAR SU TAMAÑO <i>M. C. Romani, E. Gagliardi</i>	81
<hr/>	
RECONSTRUCCIÓN NASAL. OPCIONES RECONSTRUCTIVAS <i>M. López, S. José</i>	88
<hr/>	
COMENTARIO XXXVIII CONGRESO ARGENTINO DE CIRUGÍA PLÁSTICA	93
<hr/>	
NOTICIAS SACPER	95
<hr/>	
NOTICIAS FILIALES	98
<hr/>	
REGLAMENTO DE PUBLICACIONES	101
<hr/>	



DE LAS LEALTADES Y FIDELIDADES...

Podemos decir que lealtad, fidelidad, fe, adhesión personal, son palabras que definen acciones similares. La palabra “fidelidad” deviene del latín “fides” (fe) o “fidere” (fiar), y de ellas se derivan confiar, confianza, confidente, confidencia.

Se es fiel cuando se promete algo en virtud de la fe que se tiene, es decir, se es confiable; es la respuesta adecuada a una promesa, ese acto de fidelidad o promesa implica “soberanía de espíritu”.

Cuando finalizamos nuestros estudios de medicina y nos transformamos en “médicos”, en acto solemne prometimos, nos comprometimos, hicimos una adhesión personal a ser fieles a una labor asistencial, aplicando nuestros conocimientos y formación, en otras personas. Si cumplimos con lo prometido, generaremos un vínculo estable entre nosotros, que somos quienes prometemos, y el destinatario de nuestra promesa, el paciente. Aunque debemos comprender que esta relación no puede ser de intransigencia o afán de dominio, porque en este juego común a la relación médico-paciente debe prevalecer la colaboración, la participación activa de ambos, creando un vínculo de confianza.

Cuando se procede con lealtad (a nuestro juramento), olvidándose generosamente de uno mismo, se despierta la confianza. Si nosotros asentamos nuestra profesión en la vocación e ideales de gran solidez, estaremos bien preparados para fortalecer la constancia y la perseverancia en nuestro propio perfeccionamiento científico, en el que generosamente invertimos tiempo y dinero, y el esfuerzo realizado nos llenará de satisfacción y plenitud.

Es por eso que la lealtad, la fidelidad, en todos los órdenes de nuestra vida son importantes, porque si los traicionamos y nos vendemos a otras apariencias, que tal vez las veamos como mejores, perdemos algo de nosotros que no recobramos nunca. Nosotros sabemos que nuestra actividad tiene relación inmediata con la vida humana, nacimiento, cuidado de la salud, muerte... y esto implica tener una honda seriedad, lealtad y responsabilidad.

El afán de abrir nuevos horizontes en la ciencia, en nuestra profesión, ensayar nuevos procedimientos, realizar toda clase de invenciones, es de una gran nobleza y generosidad de nuestra parte y merece reconocimiento. Existe, no obstante, un grave riesgo: cuando sobre los valores de la ética, la honestidad, la prudencia impera la ambición desmedida, es entonces cuando se produce un quiebre en la confianza que han depositado en nosotros.

El que es responsable y confiable no actúa en función de criterios externos y que están de moda, a manera de marioneta; no se deja manipular, actúa con independencia de esas circunstancias respondiendo a sus valores éticos y morales. Y en estos momentos de confusión mediática, hay que estar recto, no que te pongan recto, como dijo Marco Aurelio.

Para terminar, “ser leal indica firmeza de carácter y soberanía de espíritu, es decir, libertad interior frente a la solubilidad de los sentimientos. Por eso ser leal suscita fe y confianza”.

“La piedad y la lealtad no te abandonen,

Átalas a tu cuello,

Escríbelas en la tabilla de tu corazón.

Así hallarás favor y buena acogida

En los ojos de Dios y de los hombres.”

(Libro de los Proverbios)

Dra. Martha O. Mogliani
(Editora)

DISCURSO DE ASUNCIÓN

Sr. Académico Cirujano Maestro, Prof. Dr. Fortunato Benaim.

Sres. Cirujanos Maestros, Profes. Dres. Ulises José Manuel De Santis, Flavio Sturla y Juan José Galli.

Sr. Presidente del Colegio de Médicos de la Provincia de Bs. As. Distrito III, Dr. Mauricio Eskinazi.

Sres. Miembros Honorarios Nacionales.

Sres. Ex Presidentes.

Sres. Presidentes de Filiales.

Estimados colegas, amigos, señoras y señores:

Es un momento de sentimientos encontrados. Por un lado, la felicidad que me produce haber llegado hasta aquí, compartir esta noche con ustedes; y por otro, la tristeza que siento por no observar en las primeras filas (porque ahí se sentaba) a un querido amigo personal y de muchos de los que estamos aquí presentes, como fue el Dr. Osvaldo Cudemo. La Sociedad lo va a extrañar muchísimo.

Son tres los acontecimientos más importantes que me sucedieron en mi vida profesional:

Primero: fue en el año 2002. Haber sido presidente de la Sociedad de Cirugía Plástica de Buenos Aires, lo cual me hizo sentir muy orgulloso por la labor cumplida al finalizar mi mandato.

Segundo: que como consecuencia de esa gestión, en el año 2003, la Comisión Directiva de la Asociación Médica Argentina, presidida por el actual Presidente Prof. Dr. Elías Hurtado Hoyo, me confiere el altísimo honor de nombrarme Miembro Honorario Nacional.

Y tercero: el cargo que estoy asumiendo en este momento. Es el honor más grande al que puede aspirar un Cirujano Plástico en su país. Haber sido designado por sus pares, Presidente de la Sociedad que nuclea a todas las Sociedades de Cirugía Plástica del país, como es la Sociedad Argentina de Cirugía Plástica Estética y Reparadora.

Soy consciente de la gran responsabilidad que significa la aceptación del cargo... y lo asumo, con la obligación de mantener el rigor científico, la jerarquía, la ética, la moral, el espíritu y la mística de esta sociedad. Además, cuento para ello con una Comisión Directiva conformada por personas cuya dedicación, sapiencia y calidad humana son dignas de mención. Ello acrecienta mi satisfacción de integrarla y encabezarla.

A medida que va transcurriendo nuestra vida, jamás debemos olvidarnos de aquellos que de una u otra manera nos ayudaron a madurar... a crecer... Por eso, lo primero que quiero es agradecer a los que me formaron como médico. Eso fue en el Instituto de Investigaciones Médicas de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, a cargo del Profesor Dr. Alfredo Lanari. Cómo olvidar que he tenido como profesores a los Dres. Alberto Agrest, Aquiles Roncoroni, Marcelo Teitelbaun, entre otros. Esos ateneos,... donde el aula magna estaba repleta de médicos incluso de otros hospitales, sólo para presenciar las finas y punzantes discusiones académicas de estos tres profesores para arribar a un diagnóstico, donde el único capaz de moderar era el Dr. Alfredo Lanari.

Ya dentro de la Cirugía General, quiero agradecer entre otros a dos personas que me facilitaron las cosas. Uno es el Dr. Laureano Alzualde, quien no solamente me enseñaba la especialidad sino cómo debía ser la relación médico-paciente. El otro, del cual me vi sumamente influenciado, fue el Profesor Dr. Miguel Imposti. Maestro de muchos cirujanos, algunos de los cuales se encuentran aquí presentes. Me maravillaba su capacidad resolutista ante una complicación o una emergencia. No había nada, absolutamente nada que no pudiese operar.

Querido Maestro, muchísimas gracias.

Con respecto a mi especialidad, tuve la suerte de pertenecer y formar parte de un Hospital y Servicio maravilloso. Me refiero al querido Hospital Guillermo Rawson. Diría el Prof. Dr. Santiago Perera en esta misma sala, en ocasión de conmemorarse el 3° Acto de Homenaje a la Escuela Quirúrgica Finochietto en el año 2004. Ser "Rawsoniano" es un estigma imborrable e indeleble al paso del tiempo. Una vez que se lo adquiere, permanece de por vida. Seguro que todos los Rawsonianos presentes se van a identificar con esta frase.



Vaya mi agradecimiento para mi primer Maestro de la Cirugía Plástica, Cirujano Maestro Dr. Francisco Enrique Arespachaga, quien me abriera las puertas de esa querida Sala VII del Hospital Guillermo Rawson allá por el año 1975. Tampoco quiero olvidarme del Dr. Aníbal Tambella de quien guardo como recuerdo un libro muy preciado en nuestra especialidad, el de Samuel Fomon, que me lo obsequiara autografiado en el año 1977.

Al Dr. Héctor Piqué por todo lo que me brindó y la ayuda totalmente desinteresada cuando me iniciaba en la especialidad.

También mi gratitud a todos los colegas de la Sala VII del Hospital Guillermo Rawson, porque de cada uno de ellos he aprendido recursos y secretos que nuestra especialidad encierra.

Por último, quiero agradecer a alguien que adopté como segundo padre, un ejemplo de ética, de moral, de profesionalismo. Un ejemplo de vida. Una persona que me brindó todo, absolutamente todo. Me refiero al Cirujano Maestro Dr. Ulises Manuel José De Santis. Querido Maestro, muchísimas gracias.

También quiero hacer público mi agradecimiento al Académico Cirujano Maestro Prof. Dr. Fortunato Benaim, ya que en este momento tendría que estar en Chile y pospuso su viaje para compartir esta noche con nosotros.

Respecto al proyecto de gestión que tengo para este año. Se va a basar en 4 puntos principales, entre otros.

Todos sabemos el crecimiento que ha tenido la SACPER en los últimos años. Esta situación exige casi siempre acomodarnos y efectuar los ajustes necesarios para fomentar aún más su crecimiento. Asimilando lo que vamos dejando atrás, construyendo lo que tenemos por delante y proyectando lo que está por venir. Por eso lo primero que tenemos por delante es la reestructuración administrativa, porque va a ser la base fundamental para poder realizar lo que está por venir...

Segundo: voy a poner en ejecución un viejo anhelo personal..., que los Congresos que se realicen en la Ciudad de Buenos Aires o en su defecto en la Ciudad de La Plata puedan organizarse desde el mismo seno de nuestra Sociedad. Siempre me pregunté: "¿Es necesario tener que contratar la Secretaría Administrativa del Congreso fuera de nuestra Sociedad, con la consiguiente erogación de dinero que ello significa?" Si tenemos la infraestructura necesaria para poder realizarla; por lo menos desde el punto de vista edilicio. ¿Que tenemos que reorganizarnos administrativamente? ¡Por supuesto!, pero... hagámoslo, creo que vale la pena el intento. Estoy absolutamente convencido que va a favorecer notablemente al Congreso, ya que ese porcentaje importante (alrededor del 20%) que se cobra por la tercerización quedaría para el mismo, con el consiguiente beneficio para nuestra Sociedad y en consecuencia para todos los que formamos parte de la misma.

Tercero: quiero presencia en los medios de nuestra Sociedad... Quiero que cuando se hable de Cirugía Plástica en cualquier punto del país se tome como referente a la Sociedad Argentina de Cirugía Plástica. Además de combatir a los pseudocirujanos plásticos que se titulan como tal y realmente no lo son, que no solamente desprestigian nuestra especialidad sino que ponen también en riesgo la salud de la población.

Y por último, un gran desafío que tiene la Sociedad este año, que lo he tomado como propio y espero dar el puntapié inicial. La Sociedad debe aprender a generar sus propios recursos, independientemente de lo que genere el Congreso. ¿Cómo? A partir del posicionamiento de nuestra imagen, nuestro nombre, nuestra marca. Hace 10 meses que estoy asesorándome, reuniéndome con Gran Manager de importantes empresas y agencias que representan a productos importantes. Es más... ya están trabajando en el tema, no va a ser una tarea fácil, pero soy muy optimista, porque si esto comienza a hacerse realidad, la SACPER no va a tener que depender tanto del Congreso, ni éste va a tener que preocuparse tanto por lo que da económicamente, sino por lo que deja científicamente.

Respecto a la actividad Académica y Científica para este año.

El Congreso anual de la SACPER se realizará en la Ciudad de Mar del Plata del 25 al 28 de marzo de 2009 siendo su Presidente el Dr. Claudio Ghilardi y si Vicepresidente el Dr. Esduardo Aubone.

El Curso Trienal de Especialización que realiza la SACPER seguirá estando a cargo del Dr. Ricardo Losardo secundado por el Dr. Andrés Dimopolus.

La Revista Argentina de Cirugía Plástica seguirá siendo Editada por la Dra. Martha Mogliani. El Centro de Referencia y Contrarrefe-



rencia para el Tratamiento de la Fisuras Labioalveolopalatinas seguirá encabezado por el Dr. Rodolfo Rojas, secundado por los Dres. Carlos Perroni, Dra. Martha Mogliani, Dra. Paulina Iwanyk, Mirta Moreno y Sergio Polichela, además de los Representantes Regionales de todo el País.

Con respecto al Curso Anual de Actualización. Para mí es un honor que el Dr. Luis Heredia haya aceptado la Dirección del Curso, no por el afecto y el aprecio que siento por él, sino por el respeto profesional que tengo por su persona. Hace 33 años que nos conocemos, juntos hicimos la especialidad en la querida Sala VII del Hospital Guillermo Rawson. Por eso me puso muy feliz que me haya dicho que sí, teniendo motivos suficientes (y eso lo sé) para decirme que no. Va a estar secundado por dos cirujanos plásticos jóvenes, amigos también, el Dr. Oscar Marinacci y el Dr. Rodolfo Cucchiani.

Y las III Jornadas de las Filiales de la SACPER se realizarán en Salta el 5 y 6 de diciembre del corriente año. A la Comisión directiva saliente quiero decirles que fue un placer haber compartido este año de trabajo con ustedes y en especial al Dr. Ernesto Moretti, por su dedicación, constancia y perseverancia.

Para terminar quisiera agradecer:

A todos los Miembros Titulares de la SACPER que depositaron su confianza en mí, para presidir esta Sociedad.

A mi padre, que desde el cielo me sigue guiando.

A mi madre, que me sigue cuidando como si fuera un niño.

A mi familia, que constituyen la célula y el motor de mi vida. Stella, mi mujer, acompañándome, cuidándome, cerca de mí siempre... ayudándome, consolándome, queriéndome de verdad. Y mis hijos: María Cecilia, aquí presente, y Juan Pablo, siempre a la distancia, que los amo profundamente.

A mi yerno, Ignacio Rebello. Y al sol que ilumina mi vida: mi nieta Bianca: basta su sola presencia para que yo pueda desintegrarme.

También quiero agradecer a los que comparten varias horas del día conmigo, que es el equipo quirúrgico:

Al Dr. Pablo Mansilla, mi anestesiólogo, Silvana De Santis, mi instrumentadora, el grupo de colaboradores conformado por el Dr. Agustín Alí, una persona que me brindó su confianza y me ayudó muchísimo en un año de trabajo intenso no solamente en el quirófano, sino fuera de él, y el último que se agregó, el Dr. Dieguito Capponi, un cirujano plástico joven con enorme proyección de futuro.

A las persona que me asisten, María Elena en el consultorio de capital y Enza y Daniela en el consultorio de Morón.

A mis amigos, a mis colegas del Hospital y a todos ustedes por compartir conmigo este maravilloso momento.

Lo último que quiero decir es que quiera Dios que cuando termine mi gestión como Presidente de la SACPER sienta el mismo orgullo que sentí por la labor cumplida cuando terminé mi mandato como presidente de la SCPBA.

A todos ¡muchísimas gracias!

Dr. Víctor Oscar Vassaro
Presidente SACPER 2008/2009



EPITELIOMATOSIS FACIAL MÚLTIPLE (CASE REPORT). CONSIDERACIONES SOBRE SU TRATAMIENTO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Eduardo E. Marchioni¹

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

Trabajo presentado en las XXXVI Jornadas Científicas del Hospital "Dr. Ignacio Pirovano", GCBA. Octubre 2006

RESUMEN

Se presenta un caso de un paciente con múltiples tumores de estirpe basocelular en el rostro. Fue asistido y operado en el Hospital "I. Pirovano" de la Ciudad de Bs.As. durante un período prolongado siempre con tratamiento quirúrgico, ya que presentaba estas lesiones a repetición y llegaron a superar la decena.

El tratamiento fue programado en forma secuencial y se utilizaron fundamentalmente técnicas de resección y cierre simple, colgajos locales y también injertos de piel dada la diversidad de las lesiones encontradas.

La evolución fue satisfactoria logrando la curación definitiva en todos los carcinomas que se extirparon. Se presenta asimismo una breve revisión de la literatura sobre la patología y los porcentajes estadísticos aceptados en la actualidad para un adecuado tratamiento.

SUMMARY

A case of a patient with multiple basal cell carcinomas in the face is presented. This patient was assisted at the I. Pirovano Hospital of the city of Buenos Aires in a period of more than four years, due to the continuous appearance of new lesions.

His treatment, fundamentally surgical was programmed in stages, and surgical resection, local flaps of the face and skin grafts were used according to the variation in size and concurrence of these lesions.

His evolution was quite satisfactory obtaining the healing of all the sites involved in the surgical resections.

A brief revision of the literature on the subject is given as well.

INTRODUCCIÓN

Las estadísticas actuales de los cánceres de piel no han variado desde hace largo tiempo. Más de la mitad de los casos diagnosticados cada año corresponde a carcinomas basocelulares (CBC) y espinocelulares, de los cuales son mayoría los primeros. En estos momentos se puede afirmar que sumando a las condiciones locales de la piel de cada individuo, con su carga genética correspondiente y su fotosensibilidad, la participación de la luz solar y la agresividad de la radiación ultravioleta a la que todos estamos expuestos, es el factor más importante de todos.

Efectivamente. Los rayos ultravioletas (UV), segundos en el espectro de longitud de onda después de los rayos X (**Figura 1**), comprenden a los UVA (de 400 a 315 nm), los UVB (de 315 a 290 nm) y los UVC (de 290 a 200 nm).

En términos de patogenia del cáncer de piel, las únicas longitudes de onda significativas son las del espectro ultravioleta. El ozono de la estratosfera absorbe las radiaciones por debajo de 290 nm, por lo tanto sólo los UVA y UVB llegan a la corteza terrestre. El 95% de la radiación solar es UVA, y la pequeña cantidad restante de UVB es la responsable de muchas quemaduras solares en agudo así como de gran parte del daño crónico de la piel y la degeneración maligna de ésta.

Los rayos UVB son los más carcinogénicos y por lo tanto los de mayor impacto inmunológico profundo en las células de la piel. Por lo dicho, es entonces el daño actínico, directo y local o indirecto y sistémico, el factor de riesgo universal reconocido para todos los tipos de cánceres de piel.

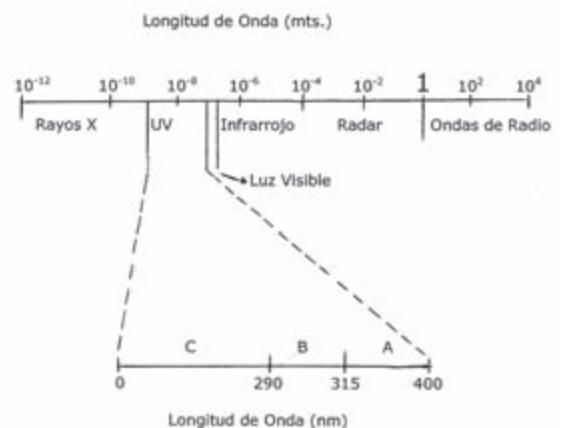


Figura 1. Espectro electromagnético (de Poh-Fitzpatrick MB, 1977).²

Figura 2. Aspecto inicial de las lesiones. Vista frontal.

Procederemos ahora a describir el caso que nos ocupa y nos preocupó por la elevada cantidad de lesiones de CBC, particularmente localizadas en la cara. De acuerdo con la estadística, la distribución de frecuencias de estos tumores es 86% en el rostro, 7% en el cuello y 7% en el resto del cuerpo.¹

MATERIAL Y MÉTODOS

Se describe a continuación el caso de un paciente con tumores múltiples de cara, asistido en el Servicio de Cirugía Plástica del Hospital "Dr. Ignacio Pirovano", GCBA, durante 4 años y sometido a numerosas intervenciones quirúrgicas de la especialidad.

El paciente

El paciente, de 69 años, acudió a la consulta en el año 2004. Es un chacarero que vive y trabaja en la provincia de Formosa en actividades rurales, rubicundo e hipertenso. En aquellos primeros momentos se obtuvieron de él las fotos de las **Figuras 2 y 3**.

Las lesiones en su rostro eran múltiples, la mayor de ellas estaba en el dorso nasal, exofítica y costrosa; fuera de ésta tenía dos lesiones satélites hacia la mejilla derecha, otra en la raíz nasal y una más pequeña en la mejilla izquierda. Se sumaban a éstas tres lesiones unidas en la región glabellar, y una supratroclear izquierda, tres más en la frente y una por fuera de la comisura labial derecha.

Figura 3. Aspecto inicial de las lesiones faciales. Vista lateral oblicua.

RESULTADOS

Plan inicial

La presencia de las lesiones en la frente nos impedía utilizar esta área para la reparación del dorso nasal, que conformaba la resección más importante. Se planeó entonces la resección en bloque del dorso nasal con extensión de la resección hacia las mejillas, y resección del grupo glabellar en el mismo acto. La reparación se pensó en injertos de piel total obtenidos del área supraclavicular. Pudimos contar en ese momento con una anestesista y se operó con anestesia general para acortar el tiempo de cirugía, si bien igual se usó la infiltración local, a pesar de la cual el sangrado de las áreas resecaadas fue profuso. Con los injertos colocados obtuvimos los resultados de las **Figuras 4 y 5**.

El poco esperanzador color de los injertos hacía presumir un próximo cierre por segunda intención, pero con el correr de los días se fue produciendo la toma del mismo y, una vez desaparecidas las costras, se obtuvieron las imágenes de las **Figuras 6 y 7**. El injerto de la región frontal prendió totalmente y el nasal en un 80%, restando en esta zona una pequeña área cruenta que cerró con curas locales.

Segunda etapa

Con lo lejano de su domicilio habitual, el paciente desaparecía por períodos prolongados, y se estaba pendiente de cuál sería su estado en su regreso. Cuando nos volvió a ver se presentó como en las **Figuras 8 y 9**.



Figura 4. Aspecto frontal del injerto del dorso nasal y frente con resección extendida a las mejillas, que se suturaron con puntos separados de nylon 4/0. Restaban las lesiones de la comisura y la más alejada en la región frontal.

Figura 5. Aspecto lateral de la zona nasal injertada. Las costras cubren la zona injertada.

Figura 6. (Ligeramente fuera de foco.) Con la caída de las costras quedó una pequeña área cruenta en el dorso nasal, que fue cerrando paulatinamente con la curación diaria.

Figura 7. (También ligeramente fuera de foco.) Vista lateral de la mejilla derecha y dorso nasal con pequeña área cruenta.

Figura 8. Injerto cutáneo del dorso nasal totalmente prendido. Inicio del pequeño ectropión de los párpados inferiores en su borde interno.

Restaban aún por reseca las lesiones de la frente y yuxtacomisural, pero se advirtió que el injerto del dorso nasal había causado, en su natural retracción, un ligero ectropión de los párpados inferiores, pero en su zona interna (muy poco común). Se pensó entonces en hacer algo para solucionar este ectropión y reseca las lesiones pendientes, a las que había que agregar tres nuevas lesiones, una más en la frente, otra en labio superior y una tercera en la mejilla derecha por delante de la oreja. El planeamiento de las resecciones está en **Figuras 10 y 11**. Cinco resecciones losángicas y dos zetaplastias, una en cada párpado para disminuir la tracción.

De esta intervención se obtuvo el resultado de las **Figuras 12 y 13**.

Etapa final

En la **Figura 12** podemos observar que se solucionó prácticamente en su totalidad el ectropión, en particular el derecho, y que presentaba dos nuevas lesiones, una en la frente y otra ulcerada en el ala nasal izquierda. Se procedió a la resección de las lesiones mencionadas, reparando una con sutura y la nasal con un pequeño colgajo nasogeniano de ese lado, que sufrió una ligera retracción como se observa en las **Figuras 14 y 15**.

CONSIDERACIONES SOBRE EL TRATAMIENTO DE LOS CARCINOMAS BASOCELULARES

Las formas clínicas de presentación de los CBC son clásicamente: superficial, nodular, ulcerado, nodular-ulcerado, infiltrativo y polimorfo. En el caso, salvo el polimorfo, tuvo principalmente le-

Figura 9. Acercamiento del ectropión de párpado inferior derecho, el más notorio.

siones nodulares pero también algunas ulceradas. Lo destacable fue que no se veían lesiones previas y, sin embargo, se producían nuevas lesiones en forma reiterada, lo que habla de la mencionada agresividad solar.

FORMAS DE TRATAMIENTO

En estos momentos se aceptan para el tratamiento de los CBC cutáneos los siguientes métodos: curetaje y electrodesecación, criocirugía, radioterapia, terapia fotodinámica, quimioterapia, inyecciones intralesionales de interferón, técnica micrográfica de Mohs y, por supuesto, la resección quirúrgica.

El **curetaje y electrodesecación** es el tratamiento más común, practicado por numerosos dermatólogos. Se comunican con él curaciones de hasta 96 a 100%.³ En análisis posteriores, basados sobre todo en el tamaño del tumor, su efectividad es total en lesiones de 2 mm de diámetro y de 85% en lesiones de 2 a 5 mm; los tumores mayores de 3 cm de diámetro tenían una recurrencia de un 50%. Por lo tanto, sólo se recomienda para tumores pequeños.⁴

La **criocirugía** es también un método aceptado y se realiza en nuestro país. Requiere, por supuesto, del instrumental adecuado y el nitrógeno líquido que destruye las lesiones por congelación. Se debe ser cuidadoso en la selección de las lesiones, de acuerdo con su tipo clínico, tamaño, localización en áreas particulares (punta nasal, párpados) o por trastornos generales que no permitan un ingreso a quirófano. En manos entrenadas se describen tasas de curación de hasta 97,4%, pero en este informe las lesiones mayores de 2 cm de diámetro eran sólo el 10%.⁵

Las complicaciones del tratamiento incluyen marcado edema, período de recuperación largo (4-6 semanas) y pérdida permanente de la pigmentación del área tratada. Son muy raras la hiperpigmentación o las cicatrices hipertróficas con este tratamiento. Se considera de segunda línea.



Figura 10. Prerresección de 5 lesiones en cara y doble zetaplastia, una en cada párpado inferior.

Figura 11. Visión frontal de las lesiones a resear y las zetaplastias para disminuir la tensión del ectropión en ambos ojos.

Con la **radioterapia** o **irradiación terapéutica** se habla de un 92% de tasa de curación en las lesiones malignas de piel.⁴

La técnica requiere equipo y personal especializado. En pacientes seleccionados puede considerarse un método seguro y poco invasivo. La cicatriz resultante puede empeorar con el tiempo e inclusive ulcerarse, y los tratamientos en algunas áreas pueden exponer a una osteítis o condritis. Se reserva usualmente para pacientes añosos, malos candidatos a la cirugía.

La **terapia fotodinámica** se usa no sólo en CBC sino también en carcinomas escamosos, sarcoma de Kaposi, melanomas, cáncer de mama y otros. La técnica incluye la inyección EV de una sustancia fotosensibilizante (un derivado de las hematoporfirinas) y entre 2 y 6 días después el tumor se trata con un láser de color (longitud de onda ~630 nm). La destrucción de la lesión tiene lugar por un fenómeno bioquímico a nivel celular. El agente sensibilizante es retenido en el sistema del paciente por 6 meses y debe tener un gran cuidado de no exponerse a la luz natural por las posibilidades de quemaduras. Las tasas de curación son bajas y se usa más como paliativo de pacientes que no pueden tratarse por otros métodos.^{6,7} No tiene mucha difusión en nuestro país.

La **quimioterapia tópica** con 5-fluorouracilo es habitualmente mencionada para condenarla. El tiempo requerido para un adecuado tratamiento de un tumor superficial es muy largo y de cargada morbilidad. Las tasas de curación son inadecuadas a pesar de una técnica cuidadosa.⁸

Figura 12. Resultado de la intervenciones mencionadas en la figura anterior, muy buen resultado en los párpados inferiores. Se observa una nueva lesión en el ala nasal izquierda.

Figura 13. Dos lesiones, una en el ala nasal izquierda y otra en la frente.

Las **inyecciones intralesionales** de interferón son mencionadas en la bibliografía como método de tratamiento.

Los interferones son una familia de proteínas con actividad antiviral, inhiben la replicación viral, inhiben el crecimiento y la diferenciación celular, y alteran funciones inmunológicas de las células. Se han usado en CBC, melanomas, linfomas cutáneos, condilomas y Kaposi. La regresión tumoral local promedia un 77%. En estos momentos permanece como un método experimental con un porcentaje de curación muy inferior a otros métodos.⁹⁻¹¹

La **técnica micrográfica de Mohs** fue desarrollada en 1932 por Frederick Mohs. Él la bautizó originalmente como “quimiocirugía” porque combinaba el cloruro de zinc como fijador (químico) con el control microscópico de los márgenes excisionales realizados con un bisturí (cirugía). No tuvo mucha aceptación hasta mediados de los 70.¹²

Consiste en la excisión de la lesión tumoral en capas mientras se realiza un mapeo de su tamaño y forma exactas; las secciones horizontales de la superficie profunda del tejido resecaado se congelan y examinan al microscopio; si se encuentra compromiso tumoral, se localiza en el mapa y se marca para una próxima resección, y se repite hasta la resección total.¹³

Mohs sostenía una tasa de curación del 99%, pero se debe recordar que requiere ir ampliando los márgenes constantemente mientras se encuentre tumor. Una lesión de mediano tamaño puede necesitar unas 4 a 6 hs de tratamiento con este método, con lo cual considero que es engorroso y mucho más lento que un buen procedimiento quirúrgico. En la Ciudad de Bs. As se realiza en el hospital Roffo (UBA).

Figura 14. Pequeño colgajo nasogeniano del lado de la lesión que se retrajo en parte.

La **resección quirúrgica** es nuestro tratamiento de elección, honrado por el tiempo y la experiencia. Su tasa de curación oscila entre el 85 y el 95%.⁴ La posibilidad de curación en un tiempo de cirugía disminuye con el aumento del tamaño de las lesiones.

El cálculo del margen de resección es realizado por el cirujano en el acto quirúrgico y está registrado que en el 94% de los casos está dentro de 1 mm del borde real.¹⁴

La mayoría de los autores recomiendan un margen lateral de 5 mm como el más seguro, y esta regla funciona casi totalmente en las lesiones nodulares pero disminuye, como dijimos, en las lesiones de mayor tamaño.

En un análisis realizado sobre 1039 carcinomas¹⁵ correlacionando el tipo histológico con los márgenes de resección se encontró que los CBC nodulares son resecaables con escisión simple en un 96,4% de los casos, mientras que las lesiones polimorfas, micronodulares o infiltrativas se asocian a márgenes positivos de un 18,6 a 33,3%. Los tumores de presentación clínica mixta tienen un mayor porcentaje de riesgo de recurrencia por resección incompleta.

Resección tumoral incompleta

Existen ciertas diferencias de acuerdo con los informes de anatomía patológica que cada profesional recibe (márgenes libres, límite cercano al margen, todos los márgenes libres etc.) y dependen también de cada institución.

Se acepta que cuando hay células tumorales tocando el borde del espécimen el riesgo de recurrencia es 2,5 veces mayor que si no existiera esta situación.¹⁶



Figura 15. Vista frontal del colgajo retraído.

Figura 16. Posoperatorio alejado con la lesión nasal en vías de curación.

La probabilidad de recurrencia a 5 años cuando un margen lateral es positivo alcanza al 17% y si está comprometido el margen profundo se eleva al 33%.¹⁷⁻¹⁹

CONCLUSIONES

De acuerdo con lo expresado, el tratamiento quirúrgico primario es el tratamiento de elección para las lesiones malignas de la piel. Con respecto a la evolución de nuestro paciente, no tuvimos por suerte recidivas locales o recurrencias de las lesiones operadas. Hace un tiempo prolongado que no sabemos de él y esperamos que haya decidido cumplir las instrucciones de protección solar a ultranza que le dimos la última vez.

A veces se minimiza a los CBC, ya que suelen ser las intervenciones con las que se inician los jóvenes cirujanos que comienzan en la especialidad.

Recomendamos considerar muy importante a la primera oportunidad de cirugía y actuar de acuerdo con los cánones más aceptados en la actualidad. La elección del tratamiento depende del profesional, pero debe tener en cuenta en particular las posibilidades de resección completa y por ende de curación en ocasión de la primera cirugía.

Es importante además acostumbrarse a un mismo patólogo o Servicio y conversar las condiciones de remisión del material resecado y obtener un lenguaje común. Esto redundará en un directo beneficio para los pacientes que se someterán a una cirugía resectiva.

Figura 17. Última fotografía obtenida del paciente.



BIBLIOGRAFIA

1. Gandolfo E, Marchioni E, Toledo Ríos R. Pautas recomendables para el tratamiento quirúrgico de los carcinomas basocelulares. *Rev Arg de Cir Plast Vol. 5 N° 2 1999*, p. 66.
2. Poh-Fitzpatrick MB. The biologic actions of solar radiation on skin with a note on sunscreens. *J Dermatol Surg Oncol 3:199,1977*.
3. Salasche SJ. Curettage and electrodesiccation in the treatment of midfacial basal cell epithelioma. *J Am Acad Dermatol 8:496,1983*.
4. Dubin N, Kopf AW. Multivariate risk score for recurrence of cutaneous basal cell carcinomas. *Arch Dermatol 119:373, 1983*.
5. Zacarian SA. Cryosurgery of cutaneous carcinomas. An 18 year study of 3.022 patients with 4228 carcinomas. *J Am Acad Dermatol 9:947,1983*.
6. Dougherty TJ. Photoradiation therapy for cutaneous and subcutaneous malignancies. *J Invest Dermatol 77:122,1981*.
7. Buchanan RB, et al. Photodynamic therapy in the treatment of malignant tumours of the skin and head and neck. *Eur J Surg Oncol 15:400, 1989*.
8. Mohs FE, Jones DL, Bloom RF. Tendency of fluorouracil to conceal deep foci of invasive basal cell carcinoma. *Arch Dermatol 114:1021,1978*.
9. Greenway HT, et al. Treatment of basal cell carcinomas with intralesional interferon. *J Am Acad Dermatol 15:437,1986*.
10. Cornell RG, et al. Intralesional interferon therapy for basal cell carcinomas. *J Am Acad Dermatol 23:694,1990*.
11. Edwards L, Tucker SB, Perednia D, Smiles KA, Taylor EL, Tanner DJ, Peets E. The effect of an intralesional sustained release formulation of interferon alpha-2b on basal cell carcinomas. *Arch Dermatol 126:1029,1990*.
12. Mohs FE. Chemosurgery. A microscopically controlled method for cancer resection. *Arch Surg 42:279,1941*.
13. Cotel W, Proper S. Mohs surgery, fresh tissue technique. Our technique with a review. *J Dermatol Surg Oncol 8:576,1982*.
14. Epstein E. How accurate is the visual assessment of basal carcinoma margins. *Br J Dermatol 89:37, 1973*.
15. Sexton M, Jones DB, Maloney ME. Histologic pattern analysis of basal cell carcinoma. *J Am Acad Dermatol 23:1118,1981*.
16. Pascal RR, Hobby LW, Lattes R, Crikelair GF. Prognosis of "incompletely excised" versus "completely excised" basal cell carcinoma. *Plast Reconstr Surg 41:328, 1968*.
17. Liu FF, Maki E, Warde P, Payne D, Fitzpatrick P. A management approach to incompletely excised basal cell carcinomas of the skin. *Int J Radiat Oncol 20:423,1991*.
18. Dixon AY, Lee SH, McGregor DH. Factors predictive of recurrence of basal cell carcinomas. *Am J Dermatopathol 11:222,1989*.
19. Lauritzen RE, Johnson RE, Spratt JS. Pattern of recurrence in basal cell carcinoma. *Surgery 57:813, 1965*.



ASPECTOS CLINICOQUIRÚRGICOS Y EPIDEMIOLÓGICOS DE NIÑOS PORTADORES DE FISURAS LABIONASO- PALATINAS EN SEGUIMIENTO POR LA SALA DE GENÉTICA, INTEGRANTE DEL COMITÉ DE MALFORMACIONES CRANEOMAXILOFACIALES Y FISURADOS DE LA PLATA

TRABAJO DEDICADO AL DR. LUIS BARLETTA, FUNDADOR
DEL COMITÉ DE MALFORMACIONES CRANEOFACIALES DEL
HOSPITAL "SOR MARÍA LUDOVICA" DE LA PLATA

Silvina Morales^{1,2}, Stella Castro Monsoni^{1,2}, Lidia Pinola², Silvia Jury^{2,4}, Norma Cecotti^{1,2}, Rodolfo Rojas², Diana Domeniconi², Graciela Stanga², José Castillo^{2,5}, Carlos Perroni^{2,3}

1. Sala de Genética. 2. Comité de Malformaciones Craneomaxilofaciales y Fisurados. 3. Servicio de Cirugía Plástica y Quemados. 4. Unidad de Fonoaudiología. 5. Servicio de ORL.

Hospital de Niños "Sor María Ludovica". La Plata, Argentina.

Correspondencia: Dra. Silvina Morales. silvymorales@hotmail.com

RESUMEN

Introducción. Las fisuras labionasopalatinas (FLNP) se encuentran entre los defectos congénitos craneomaxilofaciales más frecuentes. Alrededor de 1 en 1.000 recién nacidos presentan fisura de paladar primario (P1) con o sin paladar secundario (P2), y son más frecuentes en varones. El paladar secundario es menos común (1 en 2.500) y predomina en niñas. El 35% padece defectos congénitos asociados.

Objetivos. Valorar con qué frecuencia ingresan niños portadores de FLNP a la Sala de Genética. Evaluar la edad de derivación, sexo, tipo de fisuras, agregación familiar, teratógenos en el embarazo, defectos congénitos asociados (DC), ingesta de ácido fólico pregestacional y patrón hereditario, entre otras.

Materiales y métodos. Estudio retrospectivo, descriptivo, de pacientes portadores de FLNP que ingresaron en la Sala de Genética, en el período agosto de 1993 - agosto de 2003. Los datos se procesaron con Epi Info 6.0 y Access 2000.

Resultados. De 5.195 niños asistidos en la Sala de Genética en dicho período, el 10% presentó FLNP. La mediana de edad decimal a la primera consulta fue de 0,34 años. El 50% era portador de la asociación de P1+P2; el 30%, P2; y el 20%, P1; predominaban las formas unilaterales izquierdas. El 40% asoció otro defecto congénito. El 30% tenía antecedentes familiares de FLNP. En el 15% se encontró algún teratógeno durante el embarazo. No se detectó ingesta de ácido fólico preconcepcional. En el 15% de los casos se pudo realizar diagnóstico de entidades génicas y cromosómicas, y el resto se atribuyó a causa multifactorial y/o poligénica.

Comentarios. Nuestros hallazgos se corresponden con lo expresado en la bibliografía a nivel mundial, salvo en la ingesta de ácido fólico pregestacional. La temprana edad permite la evaluación de los pacientes por un grupo multidisciplinario constituido en el Comité de Malformaciones Craneomaxilofaciales y Fisurados (CMCMF), con el correspondiente diagnóstico, tratamiento precoz y asesoramiento familiar oportuno, brindando asistencia completa al niño fisurado y su familia.

Palabras claves: fisuras labionasopalatina, malformaciones, factores de riesgo, epidemiología, herencia.

INTRODUCCIÓN

La fisura labionasopalatina (FLNP) es una patología congénita muy compleja, caracterizada por múltiples defectos morfológicos y funcionales que generan trastornos en el área psicosocial del niño y la familia. Es por este motivo, que el tratamiento de estos pacientes requiere de la participación de distintas disciplinas que interactúen en forma coordinada y bajo normas estrictas de trabajo.¹

Entre la 4ª y 7ª semanas de vida embrionaria, la fusión completa de las estructuras del labio superior, nariz y reborde alveolomaxilar formarán el paladar primario. Posteriormente, entre la 8ª y 12ª semanas, el cierre de los procesos maxilares laterales, vómer y estructuras neuromusculares velofaríngeas constituirán el paladar secundario. Cuando este complejo proceso no se cumple tienen origen los distintos tipos de FLNP.¹

Según la clasificación de Kernahan y Stark, las fisuras se dividen en cuatro grupos principales: paladar primario (P1), paladar secundario (P2), formas asociadas (P1+P2) y fisuras complejas y poco frecuentes.¹

Las fisuras de paladar primario con o sin fisura de paladar secundario, y las de paladar secundario aislado se hallan entre los defectos congénitos craneomaxilofaciales más frecuentes. Alrededor de 1 en 1.000 recién nacidos pertenecen al primer grupo; los niños son afectados casi dos veces más a que las niñas. Las fisuras de paladar secundario son menos comunes (1 en 2.500) y predominan en el sexo femenino.²⁻⁴

La herencia multifactorial-poligénica (una combinación de genes predisponentes que se recibe de ambos lados de la familia, así como factores ambientales) es la causa etiológica más frecuente, y los casos que responden a síndromes de herencia monogénica, anomalías cromosómicas y diversos teratógenos representan un porcentaje menor.⁴

Es más probable que los niños que tienen un defecto de nacimiento tengan otros defectos.⁴ Según informes bibliográficos, aproximadamente el 35% de los niños con fisuras padecen defectos congénitos asociados, principalmente a nivel cardiovascular, osteoarticular, oftalmológico, del sistema nervioso central y renal, entre otros; por lo que es de vital importancia su diagnóstico temprano y tratamiento oportuno.⁵

Es muy importante la realización de un minucioso examen físico en busca de dismorfias o malformaciones mayores y menores, así como la evaluación de otros miembros de la familia, que nos orienten a un diagnóstico específico, para poder realizar un posterior asesoramiento genético. Se conoce como malformación a un defecto morfológico o estructural primario de un órgano, parte de un órgano o una región del organismo, que es consecuencia de un proceso de desarrollo intrínsecamente anormal.⁶

El daño ecológico producido actualmente está poniendo en riesgo la salud de la población. En la actualidad se ha despertado un gran interés en investigar posibles factores asociados a la producción de fisuras y malformaciones craneomaxilofaciales. Para ello, es de relevancia establecer las áreas de procedencia de los niños afectados, con el objetivo de planificar estrategias de prevención y

promoción de salud, la toma de medidas de saneamiento ambiental y campañas de educación en bioseguridad para lograr así una mejor calidad de vida de nuestros niños y sus familias.⁷

OBJETIVOS

Valorar con qué frecuencia ingresan niños portadores de FLNP a la Sala de Genética. Caracterizarlos epidemiológicamente (edad del paciente, madre y padre a la primera consulta, distribución por sexo, tipo de fisura, lugar de procedencia); patrón hereditario, evaluación de factores de riesgo (ambientales y tóxicos durante el embarazo), defectos congénitos asociados, antecedentes familiares, ingesta de ácido fólico preconcepcional, entre otros.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo, descriptivo, mediante la evaluación de 5.195 historias clínicas de pacientes ingresados en la Sala de Genética del Hospital de Niños "Superiora Sor María Ludovica" de La Plata en el período de 10 años comprendido entre agosto de 1993 y agosto de 2003.

Los datos tomados de las historias clínicas fueron recolectados en una tabla matriz y tabulados según el sexo, edad del paciente, padre y madre a la primera consulta, peso y edad gestacional al nacer, lugar de nacimiento, procedencia de derivación, tipo de fisura, defectos congénitos asociados, patología materna y teratógenos en primer trimestre, antecedentes familiares, ingesta de ácido fólico y diagnóstico prenatal. La selección se realizó según los siguientes criterios de inclusión: niños asistidos por la Sala de Genética, portadores de FLNP, de nacionalidad argentina, durante el período comprendido entre agosto de 1993 y agosto de 2003. El procesamiento de los datos obtenidos fue realizado mediante los siguientes programas estadísticos: Epi Info 6.0, Dbase y Access 2000.

RESULTADOS

La revisión de las 5.195 historias clínicas registradas en la Sala de Genética del Hospital de Niños "Superiora Sor María Ludovica" de La Plata desde agosto de 1993 hasta agosto de 2003 reveló que 528 pacientes (10%) consultaron por primera vez por FLNP (**Gráfico 1**).

- Los datos de los pacientes registrados en consulta indicaron que el 54% (284) correspondió al sexo masculino y el 46% (244) al sexo femenino (**Gráfico 2**).
- La mediana de edad decimal de los niños a la primera consulta fue de 0,34 años, con un rango que va desde pocas horas de vida hasta 20,5 años.
- El 30% (158) fue asistido en el primer mes de vida, el 62% (328) entre el 2º y 6º mes y el 8% (42) del 7º mes en adelante (**Gráfico 3**).
- La evaluación de la edad gestacional mostró que el 93% (491) son niños nacidos de término, el 6% (32) de pretérmino y el 1% (5) posttérmino (**Gráfico 4**). En cuanto al peso de nacimiento, el 90% (475) presentó peso adecuado para la edad gestacional, el 9% (48) bajo peso y sólo el 1% (5) sobrepeso al nacer (**Gráfico 5**).



Figura 1. P1 unilateral izquierdo.



Figura 2. P1 unilateral derecho.



Figura 3. P1 unilateral izquierdo + P2.



Figura 4. P1 bilateral.

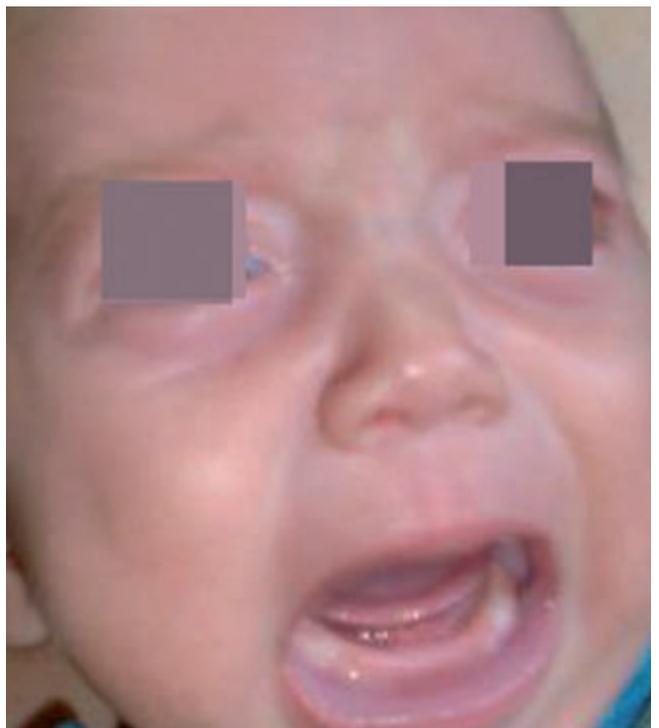


Figuras 5 y 6. P1 bilateral + P2 completo.



Figura 7. Secuencia Pierre Robin.

- La edad materna a la primera consulta fue de 25 años y la paterna de 28 años.
- La relación de nacimientos con las estaciones del año mostró que el 41% (217) nació en los meses del otoño, el 22% (116) en invierno, el 22% (116) en verano y el 15% (79) en primavera (**Gráfico 6**).
- En el 50% (260) de los casos se encontró la asociación de P1+P2, el 30% (162) de P2 y el 20% (106) de P1. (**Figuras 1 a 6**) (**Gráfico 7**).
- Analizando la relación entre sexo y tipo de fisura se encontró que hubo predominio de varones (V) en los casos de P1 [(V) 58% (62), mujeres (M) 42% (44)] y P1+P2 [(V) 60% (157), (M) 40% (105)], mientras que en los casos de P2 aislado predominaron las (M) [(M) 59% (96), (V) 41% (66)] (**Gráficos 8 a 10**).
- En cuanto al predominio de sitio de la fisura encontramos que en casos de P1 aislado predominó la afectación unilateral izquierda [63% (67)] sobre la unilateral derecha [25%(26)] y la bilateral [12% (13)] (**Gráfico 11**), mientras que si analizamos el predominio de sitio en P1+P2, la afectación unilateral izquierda [48% (125)] es seguida de la bilateral [32% (83)], y la menor frecuencia correspondió a las formas unilaterales derechas [20%(52)] (**Gráfico 12**).
- El 92% (486) de los pacientes con fisura fueron evaluados por Genetistas que integran el Comité de Malformaciones Craneomaxilofaciales y Fisurados (CMCMF). El 6% (32) fue visto inicialmente en diferentes salas de internación hospitalaria y sólo el 2% (10) asistió a nuestro servicio derivados por otros colegas, y posteriormente ambos grupos fueron ingresados al CMCMF para su seguimiento (**Gráfico 13**).



Figuras 8 y 9. Síndrome de Stickler.



Figura 10. Síndrome de Down.



Figura 11. Síndrome de Edwards.

- El 95% (502) de los pacientes asistidos nacieron en la provincia de Buenos Aires y el 5% (26) fue derivado de otras provincias. Los hallazgos en relación al lugar de nacimiento mostraron que el 36% (190) de los pacientes con fisuras habían nacido en partidos correspondientes a la región sanitaria XI, el 22% (116) a la Región Sanitaria VI, siguiendo en orden de frecuencia las Regiones VII [8%(42)], IV [5%(26)], VIII, IX y X [4%(21), respectivamente], II y conurbano bonaerense [3% (16)] y I, III, V [2% (11) cada una de ellas] (**Gráficos 14 a 16**, mapas de las regiones sanitarias).

- El análisis de las historias clínicas nos permitió evaluar que, en el 15%, las madres (78) habían estado expuestas a posibles factores teratogénicos durante el primer trimestre de la gestación, siendo el tabaco el informado con mayor frecuencia (19%: 15 madres). En el 6% (32) se hallaron enfermedades padecidas por la mamá al inicio del embarazo, siendo la fiebre en forma aislada la de mayor observación (56%: 18 madres) (**Gráfico 17**).

- Con respecto a las probables etiologías, pudimos establecer cuatro grupos de pacientes:

Grupo 1. Corresponde al 15% (81) de los pacientes, e incluye entidades génicas y cromosómicas definidas (**Gráfico 18**).

Dentro del Grupo 1 encontramos que el 32% de los niños (26) presentaron rasgos fenotípicos compatibles con secuencia de Pierre Robin (**Figura 7**) y el 11% (9) fenotipo de síndrome de Stickler (**Figuras 8 y 9**) (**Gráfico 18**). En ambas entidades predominó la fisura de paladar secundario.

En relación al tipo de fisura que predominó en dicho grupo, el análisis mostró que el 69% correspondió a P2 (56), el 28% a P1+P2 (23) y el 3% a P1 aislado (2) (**Gráfico 19**).

Del total de pacientes portadores de fisuras (528), solamente el 2% (10) de los niños presentaron anomalías cromosómicas detectadas mediante la realización de estudios citogenéticos. Las entidades encontradas fueron: síndrome de Down por trisomía 21 [40% (4)] (**Figura 10**), síndrome de Edwards o trisomía 18 [30% (3)] (**Figura 11**), fra-

Figura 12. Madre e hija con fisura.

gilidad del cromosoma X [20% (2)] y trisomía parcial 4q (4q+) [10% (1)]. En los pacientes con patología cromosómica predominó P1+P2 [60% (6)], seguida de P2 [30% (3)] y P1 [10% (1)] (**Gráfico 20**).

Grupo 2. 64% (337) no se detectó ningún factor ambiental, mediante interrogatorio materno dirigido.

Grupo 3. 15% (78) con exposición a teratogénicos en el primer trimestre del embarazo (**Gráfico 21**).

Grupo 4. 6% (32) con enfermedades padecidas al inicio de la gestación (**Gráfico 22**).

El 75% (396) de los pacientes evaluados completaron estudios por especialidades y métodos complementarios de diagnóstico. De este grupo el 40% (156) de los pacientes presentó algún defecto congénito asociado morfológico o funcional. De ellos, en el 11% (45) se observaron alteraciones cardiovasculares, en el 10% (39) oftalmológicas, el 7% (27) a nivel del sistema nervioso central, 6% (23) osteoarticular y 6% nefrourológicas (22) (**Gráfico 23**).

• Evaluando cada aparato y sistema encontramos que a nivel cardiovascular predominó la comunicación interventricular (32%) (14) (**Tabla 1**). Los vicios de refracción [miopía 35% (14), hipermetropía 9% (4) y astigmatismo 9% (4)] fueron los desórdenes encontrados con mayor frecuencia (**Tabla 2**). Mediante el valioso aporte de la ecografía cerebral, y en algunos casos tomografía craneoencefálica, se pudo hallar dilatación del sistema ventricular cerebral y calcificaciones periventriculares en el 41% (11) y 14% (4) de los casos, respectivamente (**Tabla 3**). La evaluación osteoarticular aportó que un 40% (9) de los niños presentó escoliosis y un 17% (4) espina bífida y hemivértebras (**Tabla 4**). A nivel nefrourológico, en el 39% (9) se encontró hidronefrosis, seguido de agenesia renal [14% (3)] y quistes renales [14% (3)] (**Tabla 5**).

Tabla 1. Alteraciones cardiovasculares.

	n	%
Ebstein	1	2
Comunicación interventricular	14	32
Comunicación interauricular	5	11
Soplo orgánico	8	19
Estenosis pulmonar	4	9
Ventriculo único	1	2
Canal AV	1	2
Insuficiencia mitral	1	2
Tetralogía de fallot	1	2
Estenosis tricuspídea	1	2
Estenosis aórtica	1	2
Anillo vascular	1	2
Ductus	2	4
Arritmias	3	7
Cimitarra	1	2
Total	45	100

Tabla 2. Alteraciones oftalmológicas.

	n	%
Miopía	14	35
Coloboma de nervio óptico	3	8
Heterocromía de iris	1	3
Estrabismo	2	5
Cataratas	2	5
Coloboma de iris	1	3
Retinopatía	1	3
Hipermetropía	4	9
Astigmatismo	4	9
Microftalmía	1	3
Atrofia de nervio óptico	2	5
Coloboma de retina	1	3
Coloboma de coroides	1	3
Anisocoria	1	3

Degeneración de mácula	1	3
Total	39	100

Tabla 3. Alteraciones del sistema nervioso central.

	n	%
Dilatación ventricular	11	41
Quiste subaracnoideo	3	11
Agnesia de cuerpo calloso	4	14
Calcificaciones periventriculares	4	14
Estenosis del acueducto	1	4
Atrofia cerebral	1	4
Hidrocefalia	1	4
Anomalías de migración	1	4
Leucomalacia	1	4
Total	27	100

Tabla 4. Alteraciones osteoarticulares.

	n	%
Espina bífida	4	17
Costilla bífida	2	9
Escoliosis	9	40
Agnesia de costilla	2	9
Fusión costal	1	4
Hemivértebra	4	17
Costilla cervical	1	4
Total	23	100

Tabla 5. Alteraciones nefrourológicas.

	n	%
Hidronefrosis	9	39
Displasia renal	3	14
Agnesia renal	3	14
Ectopía renal	1	5
Reflujo vesicoureteral	1	5
Quiste renal	3	14
Doble sistema	2	9
Total	22	100

• Del análisis de la historia familiar y el árbol genealógico se pudo establecer que el 30% (158) de los niños con fisuras tenía antecedentes de fisuras en la familia (**Gráfico 24**), predominando el antecedente en la rama materna con un 48% (76), seguido de un 27% (43) en la rama paterna. En un 14% (22) se encontró el antecedente de un hermano afectado y en un 11% (17) antecedente de fisuras en ambas vías materna y paterna (**Gráfico 25**) (**Figura 12**). Hubo predominio de primo y prima en la rama materna 5% (4). Sólo el 1% (4) de los niños tuvo diagnóstico de fisura por ecografía prenatal.

• No se detectó ingesta preconcepcional de ácido fólico en ninguna historia evaluada, ni siquiera en el grupo de madres que habían sido asesoradas por el antecedente de un hijo con fisura.

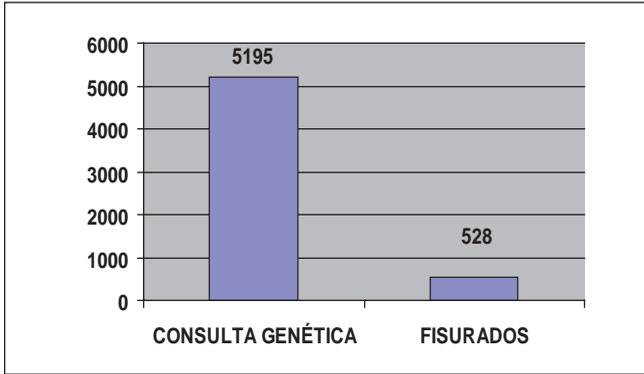


Gráfico 1. Distribución de niños portadores de fisuras labionasopalatinas en el total de la consulta genética. Período: agosto 1993 - agosto 2003. Sala de Genética del Hospital de Niños "Superiora Sor María Ludovica", de La Plata.

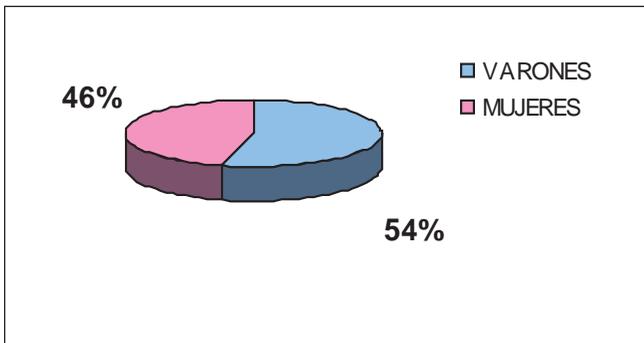


Gráfico 2. Distribución por sexo de los niños portadores de fisuras.

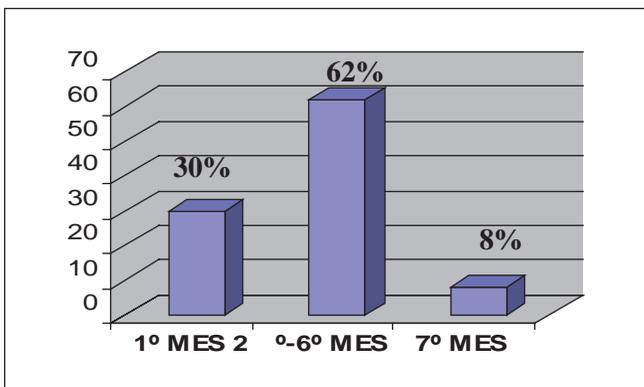


Gráfico 3. Porcentaje de niños evaluados en los primeros 6 meses de edad y del 7mo. mes en adelante.

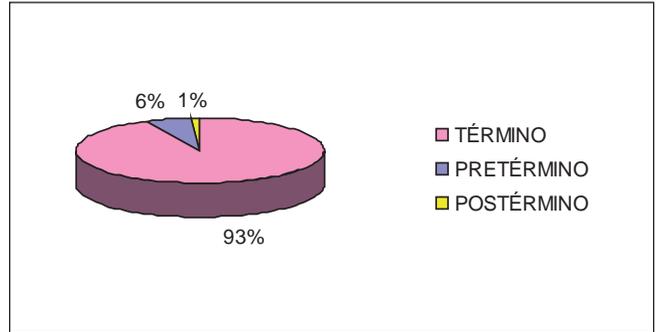


Gráfico 4. Distribución por edad gestacional al nacer de los niños portadores de fisuras.

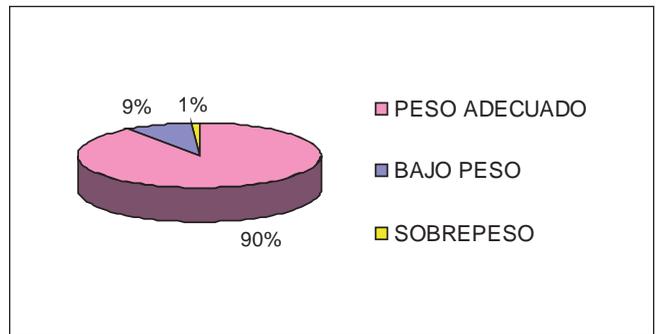


Gráfico 5. Distribución por el peso al nacer de los niños portadores de fisuras.

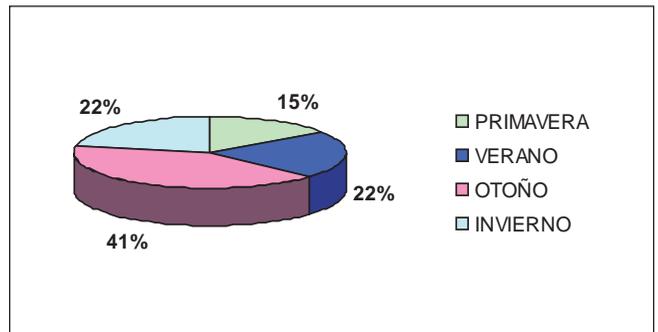


Gráfico 6. Variación estacional de los nacimientos de niños con fisuras.

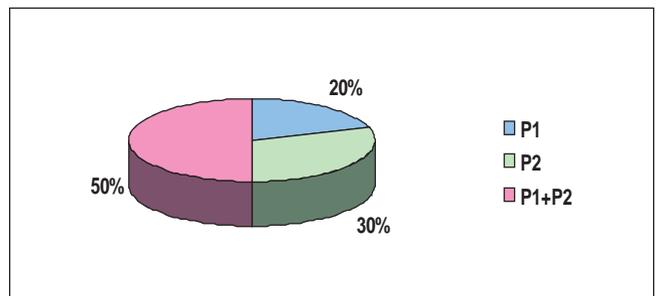
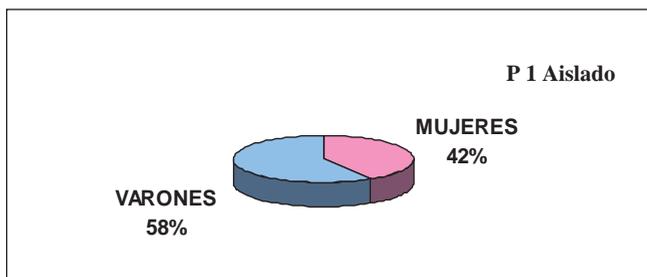


Gráfico 7. Distribución en porcentajes del tipo de fisuras.



Gráficos 8. Distribución por sexo de los niños portadores de fisuras P1 aisladas.

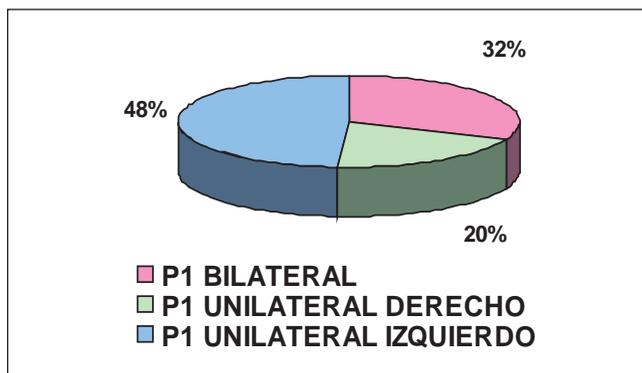


Gráfico 12. Predominio de sitio de la fisura en los casos de P1+P2.

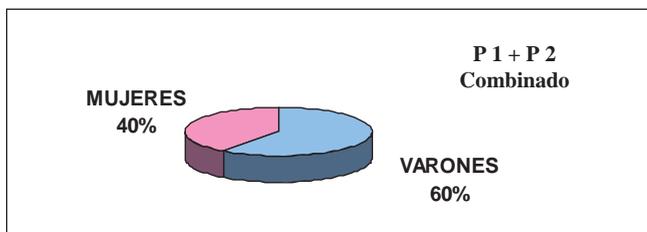


Gráfico 9. Distribución por sexo de los niños portadores de fisuras P1+P2 combinadas.

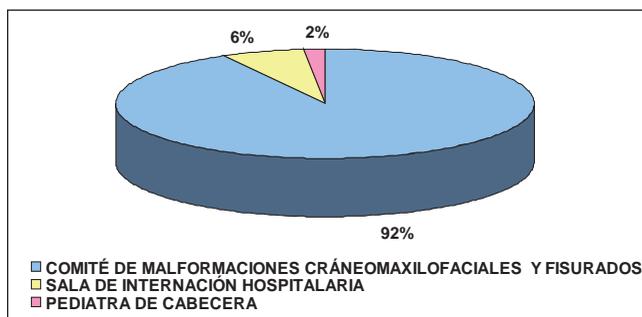


Gráfico 13. Procedencia de la consulta.

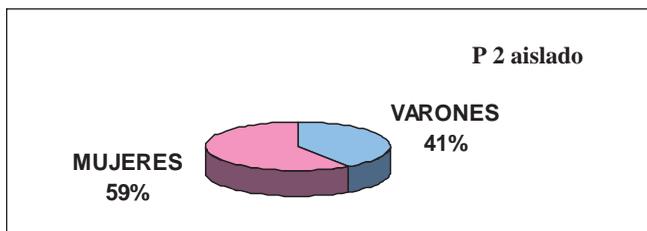


Gráfico 10. Distribución por sexo de los niños portadores de fisuras P2 aisladas.

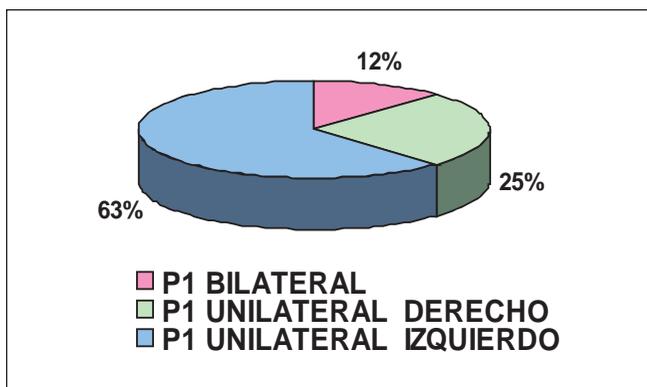


Gráfico 11. Predominio de sitio de la fisura en los casos de P1 aislado.

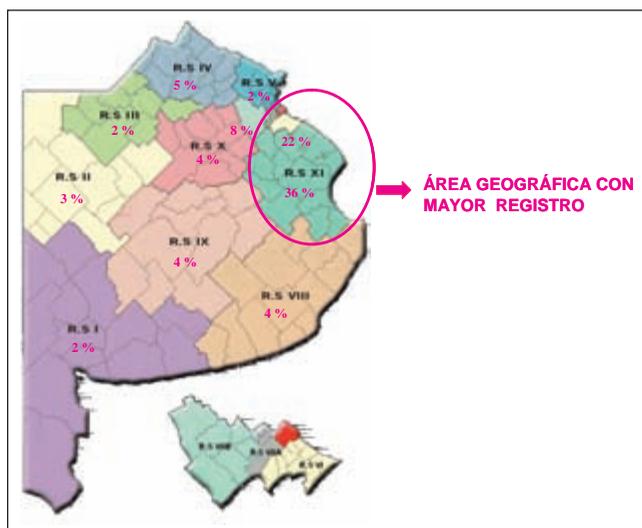


Gráfico 14. Distribución por Región Sanitaria (en porcentajes) del lugar de nacimiento de los niños portadores de fisuras procedentes de la provincia de Buenos Aires (total 95%).

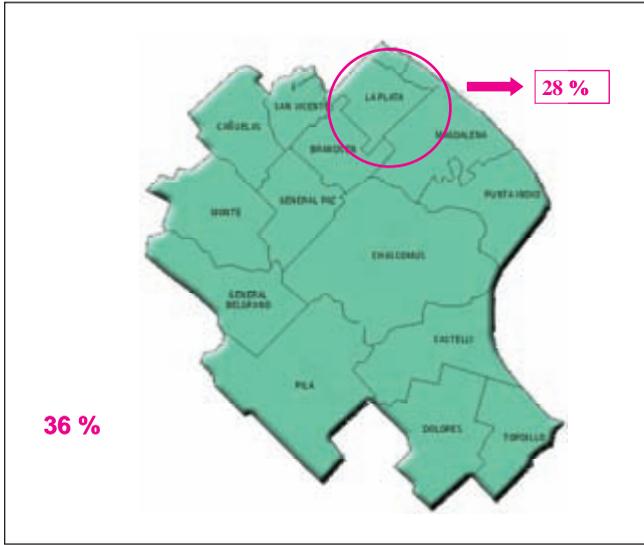


Gráfico 15. Región Sanitaria XI (total 36%). Se señala en rojo el área con mayor registro.

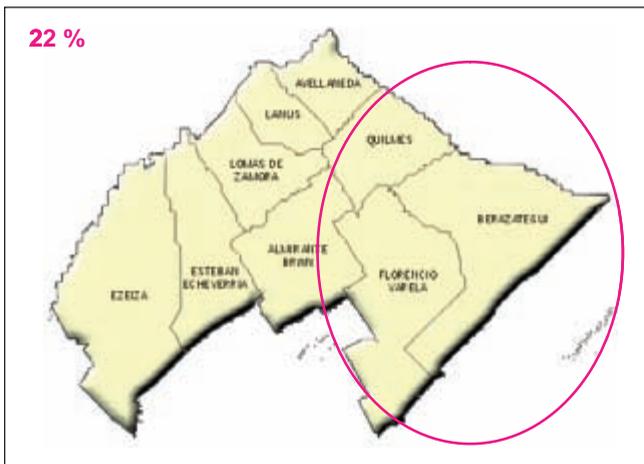


Gráfico 16. Región Sanitaria VI (total 22%). Se señala en rojo el área con mayor registro.

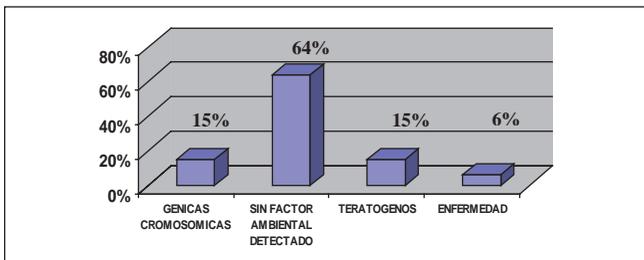


Gráfico 17. Probables etiologías.

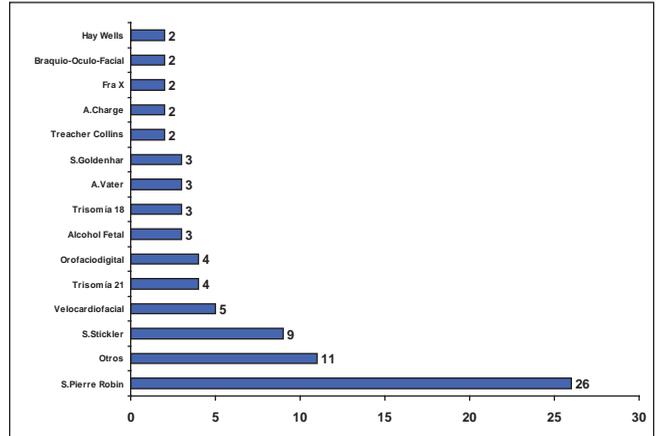


Gráfico 18. Síndromes génicos y cromosómicos asociados a fisuras.

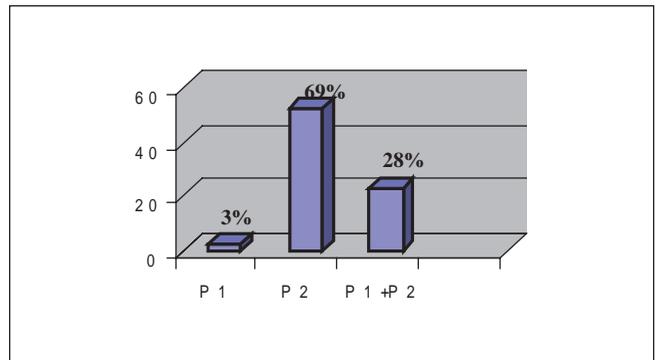


Gráfico 19. Distribución por tipo de fisura de los niños con síndromes génicos y cromosómicos.

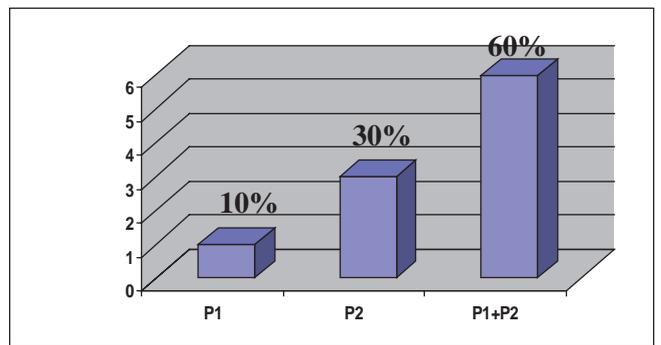


Gráfico 20. Distribución por tipo de fisura de los niños con patología cromosómica.

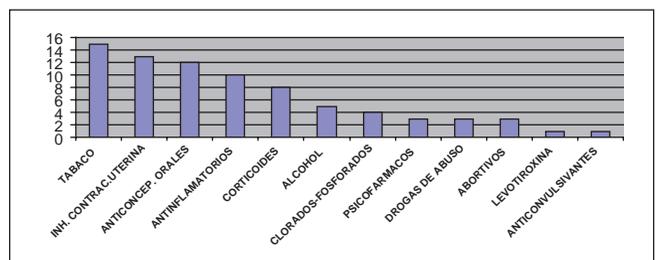


Gráfico 21. Exposición a teratógenos durante el primer trimestre de embarazo.

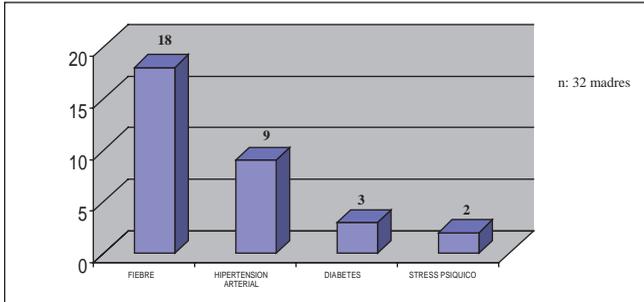


Gráfico 22. Patología en el primer trimestre de gestación.

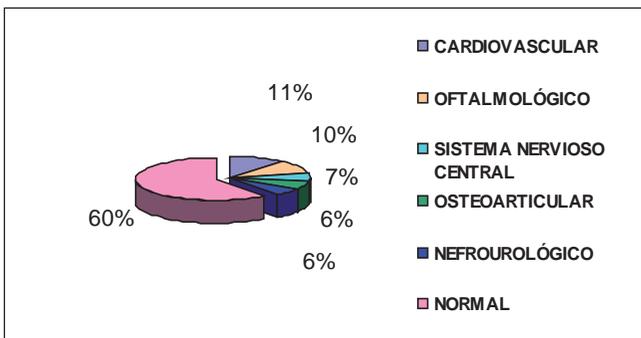


Gráfico 23. Defectos congénitos asociados.

CONCLUSIONES

Las consultas de pacientes portadores de FLNP constituyen el 10% del total de prestaciones en Genética Médica, y el 98% de éstos son evaluados inicialmente por genetistas que integran el Comité de Malformaciones Craneomaxilofaciales y Fisurados. Destacamos aquí la importancia y difusión de dicho Comité, que recibe en forma directa la casi totalidad de la consulta de pacientes portadores de fisuras.

- Los resultados aportados en cuanto a la distribución del tipo de fisuras, su relación con el sexo de los pacientes, características perinatológicas, etiología y factores de riesgo, se corresponden con lo expresado en la bibliografía a nivel mundial.⁸⁻¹²
- El 58% de los pacientes fisurados procedió de las regiones sanitarias XI y VI, pero es un dato de escasa relevancia ya que nuestro hospital recibe de dichas zonas la mayor afluencia de pacientes. Sería importante pesquisar en dichas áreas factores ambientales relacionados con la génesis de las fisuras.
- Un dato relevante fue que el 41% de los niños nació durante los meses del otoño; esto podría relacionarse con una fluctuación estacional de la nutrición materna. Existen comunicaciones bibliográficas en donde hace referencia a dicho hallazgo.¹³
- En el 13% (71) de los casos se encontraron alteraciones génicas, y en este grupo predominó la fisura de paladar secundario. Las alteraciones cromosómicas representaron el 2% (10) de la totalidad de los niños, con predominio de la asociación de paladar primario y secundario. Reafirmamos así que el hallazgo de estos tipos de fisuras debe ser una guía clave para la pesquisa de otras malforma-

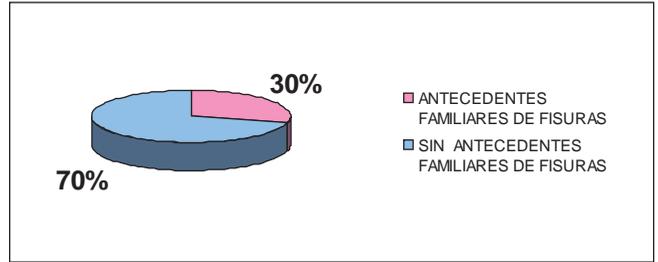


Gráfico 24. Antecedentes familiares de fisuras.

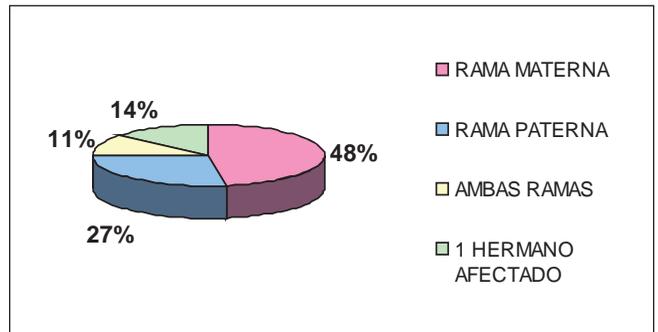


Gráfico 25. Predominio de antecedentes familiares en la genealogía.

ciones que nos orienten hacia entidades genéticas específicas.¹⁴⁻¹⁵

- Del análisis de los cuatro grupos etiológicos determinamos que la causa multifactorial (interacción genes + ambiente) correspondió al 85% de los casos. Dentro de este grupo los teratógenos ocuparon un 15%, y el tabaco fue el aislado con mayor frecuencia.¹⁶⁻¹⁷
 - Los defectos congénitos a nivel cardiovascular, oftalmológico, sistema nervioso central, osteoarticular y nefrourológico se hallaron en porcentajes mayores que los referidos por la mayoría de los autores. Consideramos que ello justifica ampliamente el estudio de rutina de estos defectos en todos los niños portadores de fisuras.¹⁸⁻²³
 - Se encontró antecedente familiar en el 30% de los casos, considerando todos los grados de parentesco, con predominio del antecedente en la vía materna.²⁴⁻²⁵
 - Nos parece alarmante que el total de madres que habían asistido a la consulta genética por tener el antecedente de un hijo con fisura no ingirieron ácido fólico periconcepcional. Es evidente la urgente necesidad de implementar medidas de difusión preventiva para bajar los índices de recurrencia de esta patología. Está totalmente comprobado, según diversos autores, que la ingesta de folatos reduce la incidencia y recurrencia de fisuras en un 25 a 50%.²⁶⁻²⁹
- Volcamos nuestras esperanzas en estimular el diagnóstico prenatal ecográfico observando precozmente la anatomía sonográfica fetal para orientar fenotipos de diagnóstico sindrómicos o cromosomopatías y así iniciar la asistencia multidisciplinaria antes del nacimiento. Es de vital importancia la tarea del Comité de Malformaciones Craneomaxilofaciales y Fisurados, considerado actualmente como la mejor forma de brindar asistencia al niño fisurado y su familia.



BIBLIOGRAFÍA

1. Rojas R. El niño con fisura labionasopalatina. En: Morano J. *Pediatría*. 1ª Edición. Buenos Aires: Editorial Atlante SRL; 1991, Capítulo 119, pp. 1017-1022.
2. Rimoin DL, Connor JM, Pyeritz RE. *Craniofacial Disorders*. En: Emery & Rimoin's. *Principles and Practice of Medical Genetics*. Third Edition. New York: Churchill Livingstone; 1995, pp. 1134-1139.
3. Jones Smith's. *Recognizable Patterns of Human Malformation*. 5th Edition. pp. 236-237.
4. Balasubrahmanyam J, Scherer N, Martin J, Michal M. Labio y paladar hendido: claves para un tratamiento exitoso. *Contemporary Pediatrics* 1999;7(4):30-4015.
5. Druschel CM, Hughes JP, Olsen CL. First year-of-life mortality among infants with oral clefts: New York State, 1983-1990. *Cleft Palate Craniofac J* 1996;33(5):400-5.
6. Carrera J M y cols. *Defectos Congénitos dismórficos*. *Diagnóstico Prenatal, Genética, Ecografía, Bioquímica, Medicina Fetal*. Salvat. 1987. Capítulo 11:108.
7. Berrocal Revueltas M. Malformaciones craneofaciales y medio ambiente. Aspectos epidemiológicos en la E.S.E Hospital Universitario de Cartagena. *Cir Plást Iberoamericana* 2000;26(2):109-122.
8. Cruz M, Bosch J. *Atlas de Síndromes Pediátricos*. 1998, p. 188.
9. Milerad J, Larson O, Hagberg C, Ideberg M. Associated malformations in infants with cleft lip and palate: a prospective, population-based study. *Pediatrics* 1997;100(2 Pt 1):180-6.
10. Kallen B, Harris J, Robert E. The epidemiology of orofacial clefts. Associated malformations. *J Craniofac Genet Dev Biol* 1996;16:242-8.
11. Womersley J, Stone DH. Epidemiology of facial clefts. *Arch Dis Child* 1987;62(7):717-20.
12. Blanco-Davila F. Incidence of cleft lip and palate in the northeast of México a 10 years study. *J Craniofac Surg* 2003;14(4):533-7.
13. Fraser FC, Gwyn A. Seasonal variation in birth date of children with cleft lip. *Teratology* 1998;57(2):93-5.
14. Berge SJ, Plath H, Reich RH, Hansmann M. Significance of prenatal diagnosis of lip-jaw-palatal clefts. *Mund Kiefer Gesichtschir*. 2002;6(2):85-90.
15. Nazer J, Hubner ME, Catalan J, Cifuentes L. Incidence of the cleft lip and palate in the University of Chile Maternity Hospital and in maternity Chilean participating in the Latin American Collaborative Study of Congenital Malformations (ECLAMC). *Rev Med Chil* 2001;129(3):285-93.
16. Chung KC, Kowalski CP, Kim HM, Buchman SR. Maternal cigarette smoking during pregnancy and the risk of having a child with cleft lip/palate. *Plast Reconstr Surg* 2000;105(2):485-91.
17. Lief S, Olshan AF, Werler M, Strauss RP, Smith J, Mitchell A. Maternal cigarette smoking during pregnancy and risk of oral clefts in newborns. *Am J Epidemiol* 1999;150(7):683-94.
18. Barbosa MM, Rocha CM, Katina T, Caldas M, Codorniz A, Medeiros C. Prevalence of congenital heart diseases in oral cleft patients. *Pediatr Cardiol* 2003;24(4):369-74.
19. Stoll C, Alembik Y, Dott B, Roth MP. Associated malformations in cases with oral clefts. *Cleft Palate Craniofac J* 2000;37(1):41-7.
20. Nopoulos P, Berg S, Van Demark D, Richman L, Canady J, Andreasen NC. Increased incidence of a midline brain anomaly in patients with nonsyndromic clefts of the lip and/or palate. *J Neuroimaging* 2001;11(4):418-24.
21. Wantia N, Rettinger G. The current understanding of cleft lip malformations. *Facial Plast Surg* 2002;18(3):147-53.
22. Duarte R, Leal MJ. The range of congenital malformations associated with cleft lip and palate. *Acta Med Port* 1999;12(4-6):147-54.
23. Sandham A. Cervical vertebral anomalies in cleft lip and palate. *Cleft Palate J* 1986;23(3):206-14.
24. Mcheik JN, Lacombe D, Bondonny JM, Vergnes P. Cleft lip and palate. Epidemiologic analysis: report of 60 cases. *Ann Chir Plast Esthet* 2000;45(4):425-9.
25. Palomino H, Guzman E, Blanco R. Familial recurrence of non syndromic cleft lip with or without cleft palate in Chilean populations. *Rev Med Child* 2000;128(3):286-93.
26. Itikala PR, Watkins ML, Mulinare J, Moore CA, Liu Y. Maternal multivitamin use and orofacial clefts in offspring. *Teratology* 2001;63(2):79-86.
27. Loffredo LC, Souza JM, Freitas JA, Mossey PA. Oral clefts and vitamin supplementation. *Cleft Palate Craniofac J*. 2001 Jan; 38(1):76-83.
28. Czeizel AE, Timar L, Sarkozi A. Dose-dependent effect of folic acid on the prevention of orofacial clefts. *Pediatrics*. 1999 Dec;104(6):e 66.
29. Shaw G, Lammer E, Wasserman C, O'Malley C, Tolarova M. Riesgos de hendiduras orofaciales en niños nacidos de mujeres que usaron periconcepcionalmente polivitamínicos conteniendo ácido fólico. *Lancet* 1995; 345:393-96.

TÉCNICA QUIRÚRGICA SIMPLE Y EN UN TIEMPO PARA RECONSTRUCCIÓN DEL PABELLÓN AURICULAR POSRESECCIÓN DE TUMOR SIN MODIFICAR SU TAMAÑO

María Celia Romani¹, Enrique Gagliardi²

1. Médica Cirujana Plástica, Clínica San Roque. Lobos, Provincia de Buenos Aires.

2. Médico Cirujano Plástico. Profesor Titular, Cátedra de Cirugía Plástica de la Universidad Católica Argentina.

Correspondencia: Dra. María Celia Romani. San Martín 148, (7240) Lobos, Pcia de Buenos Aires. Tel:02227-421457/431325. FAX:02227-421457.

E-mail: romanimariacelia@speedy.com.ar

RESUMEN

Mucha es la bibliografía sobre reconstrucción auricular posresección de tumores, ya que la reconstrucción del pabellón auricular se torna compleja por su anatomía tridimensional y la piel sumamente fina y adherente al cartilago.

El objetivo de este trabajo es presentar un método simple, a realizar en un tiempo, utilizando reconstrucción *like tissue* de grandes defectos del tercio medio posresección de tumor.

Como conclusión, es una técnica simple con buenos resultados en todas las manos quirúrgicas, disminuye los cuidados posoperatorios dando mayor confort al paciente y disminuyendo el tiempo de cicatrización gracias a los microinjertos en comparación con el cierre por segunda.

Los gastos sanatoriales también son mínimos y se consigue mantener el tamaño del pabellón auricular, contribuyendo una vez más con la satisfacción del paciente.

Palabras claves: reconstrucción auricular, microinjertos.

ABSTRACT

Auricular reconstruction is widely described in the bibliography as it turns complex cause the tridimensional anatomy of the auricula.

This article aims to present an onestage, simple, like tissue technique for the middle third reconstruction of the ear post tumor excision.

Very good results in all hands are achieved with this simple method. Minor and shorter post op care than secondary intention healing cause the micrografts. Minimum sanatorial wastes and the respect of the auricular size contributes the patient satisfaction.

Key words: auricular reconstruction, micrografts.

Mucha es la bibliografía sobre reconstrucción auricular posresección de tumores, ya que la reconstrucción del pabellón auricular se torna compleja por su anatomía tridimensional y la piel sumamente fina y adherente al cartilago.¹ La técnica presentada en este trabajo es simple, conserva el tamaño auricular y se realiza en un tiempo operatorio, con tejido del mismo pabellón auricular (*like tissue*), para la reconstrucción de grandes defectos del tercio medio, posresección de tumor.

OBJETIVOS

- Presentar una técnica simple para la reconstrucción del tercio medio del pabellón auricular.
- Mantener el tamaño de la oreja operada.
- Brindar confort al paciente.
- Simplificar los cuidados posoperatorios.



MATERIAL Y MÉTODO

Desarrollo

Basándose en distintos casos de tumores tratados con otras técnicas, se ha llegado a considerar a la técnica expuesta como la técnica de elección para la reconstrucción de defectos de grandes dimensiones (mayores de 2,5 cm), preferentemente del tercio medio del pabellón auricular.

Es útil comparar con otras técnicas para fundamentar la técnica expuesta:

- La resección del tumor en cuña queda limitada para tumores pequeños y ubicados en el margen del hélix.
- La reconstrucción con injerto compuesto también queda limitada para tumores pequeños, ya que se reabsorbe con el tiempo un gran porcentaje.
- Estas técnicas, de todas maneras, son utilizables cuando el tumor está en el hélix, pero el problema se presenta cuando éste se encuentra en la rama inferior del hélix o en la escafa.
- Con anterioridad al empleo de la técnica a exponer hemos utilizado principalmente el colgajo de avance de Joseph Fata, que consiste en una incisión cutánea-mucosa a lo largo de la concha auricular, reseca una banda condrocútea y dos triángulos de Burrow en los extremos, con una modificación que es el uso de parte de la escafa como pequeño colgajo rotatorio.

El resultado fue muy bueno, pero a los pacientes les inquietaba la diferencia de tamaño con la oreja no operada.

Esta inquietud de los pacientes hizo pensar en la forma de conservar el tamaño de la oreja operada. En consecuencia, en el siguiente paciente, antes de llegar a la técnica definitiva de este trabajo, se realizó la resección amplia del tumor y cartílago con margen de piel sana correspondiente, dejando el pericondrio inferior y la piel posterior (previa anatomía por congelación):

- Amplia resección de escafa y ambas ramas de antehélix (piel superior con el tumor y cartílago subyacente) quedando el hélix de sostén.
- La reconstrucción se hizo con injerto de piel total de región supraclavicular.

Por supuesto, el resultado fue excelente. Pero la cirugía fue trabajosa, ya que requiere la toma de injerto y cierre de la zona dadora, preparación del injerto y su fijación, adaptándolo a las sinuosidades del pabellón auricular. Además, requiere mayores cuidados posoperatorios y con posibles complicaciones del injerto.

Fue así como se ha ideado una técnica mucho más simple, con la que se obtienen los mismos resultados, y es la técnica que se presenta a continuación.

TÉCNICA QUIRÚRGICA

Paso 1

Se reseca el tumor dejando 1 cm / 0,5 cm de margen según sea epiteloma espinocelular o basocelular, respectivamente, y en profundidad, piel y cartílago dejando un lecho cruento correspondiente al pericondrio posterior del cartílago reseca.

Esto es posible previo conocimiento de que los epitelomas no alcanzan a atravesar todo el cartílago en los diámetros habituales que llegan a la consulta (hasta 1 cm) y, por supuesto, con los resultados de la anatomía por congelación correspondiente.

Se persiguen dos objetivos:

1. Aumentar el lecho receptor en caso de que sea un tumor marginal, para la reconstrucción del tercio medio del hélix y disminuir la reabsorción del injerto compuesto gracias al lecho cruento receptor.
2. Servir de reconstrucción de la escafa o concha auricular cerrando por segunda, procedimiento con muy buenos resultados en estas regiones. Como queda el pericondrio del lado posterior del cartílago reseca (cuando esto es posible de acuerdo con la anatomía por congelación), éste se transforma en cartílago a largo plazo. De todas maneras, la cicatrización por segunda en esta zona desde un principio es bastante rígida, lo que ofrece cierto sostén auricular inmediato, efecto que es optimizado por el resto del cartílago remanente de la oreja operada.

Paso 2

En el caso de que sea un tumor marginal, se reconstruye el hélix con un injerto compuesto, pero ya no en tricapa, sino que sólo será necesario cartílago y piel.

El injerto puede ser tomado del hélix contralateral dejando la piel superior, es decir, la visible, y tomando en este orden, cartílago y piel. La piel sin cartílago en la oreja dadora cicatriza por segunda sin problemas. Y el injerto, rotándolo 180°, encaja perfectamente en la oreja receptora.

Si la oreja receptora tiene un hélix con un pliegue muy marcado, el injerto puede ser tomado de la raíz del hélix contralateral en el siguiente orden, piel y cartílago, y ubicado tal como se reseca en la oreja receptora. La zona dadora cicatriza por segunda.

Paso 3

Se realiza anatomía patológica por congelación para tener la certeza de que los márgenes estén sanos.

Paso 4

Se deja la zona cruenta en región de la escafa, concha auricular y aun parte de la rama inferior del hélix, según la ubicación del tumor, para que cierre por segunda.

Paso 5

Se tallan pequeños injertos con el mismo bisturí en forma tangencial, tomados de los bordes de la zona cruenta o debajo de la rama

superior del hélix. Éstos no miden más de 2 a 3 mm y se apoyan en la zona cruenta, con el objetivo de acelerar la cicatrización por segunda.

Paso 6

La curación se lleva a cabo con gasas vaselinadas, gasas "flu" y vendaje, que se deja por 48 horas.

Los parches de gasas vaselinadas quedan "pegados", para caer espontáneamente cuando esté cicatrizada la piel.

CASOS

Caso 1 (Figuras 1 y 2)

Paciente de 72 años con epiteloma espinocelular entre los pilares del antehélix en la fosa triangular.

Se realizó la resección del tumor con piel y cartílago, dejando pericondrio posterior y piel del dorso auricular. Queda un defecto de 2,5 cm de alto por 2 cm de ancho.

La anatomía patológica por congelación constata márgenes suficientes.

Se colocan los microinjertos tomados de la cara oculta del hélix "apoyados" en una gasa vaselinada. Se cubre el pabellón auricular con gasas "flu" y venda, por 48 horas.

El resultado es mostrado 6 meses después de la intervención.

Las márgenes de resección fueron suficientes.

Caso 2 (Figuras 3 y 4)

Paciente de 89 años que presenta epiteloma en el antehélix limitando con la concha auricular.

Se reseca el tumor y cartílago subyacente con 1 cm de margen, dejando el pericondrio y piel posterior.

Se realiza anatomía patológica por congelación y da negativa.

Se aplica la técnica descrita con muy buen resultado.

Se muestra el posoperatorio a los tres meses de evolución.

Caso 3 (Figuras 5 y 6)

Paciente de 64 años que presenta tumor perlado en escafa del pabellón auricular derecho de 0,8 cm de diámetro, con antecedentes de epiteloma basocelular de otra localización.

Se realiza la resección del tumor con 0,5 cm de margen. Se realiza la anatomía patológica por congelación que da negativa.

Se tallan los microinjertos y se apoyan en la zona cruenta con gasa vaselinada y se realiza la curación.

El resultado fue excelente.

Se presenta el post operatorio a los cuatro meses de evolución.

Caso 4 (Figuras 7 y 8)

Paciente de 71 años que presenta un tumor de 1,2 cm de diámetro en el polo superior del pabellón auricular derecho.

Al resecar con el margen correspondiente la zona cruenta se extiende hasta el límite del pabellón auricular pero al conservar el pericondrio y el lecho receptor del tamaño del pabellón auricular, éste no se ve afectado ni debilitado.

Se realiza la anatomía por congelación, que da negativa.

Se deja entonces intacto el borde libre cutáneo del hélix y en profundidad la piel de la región posterior de hélix para recibir el injerto compuesto (una capa de piel y cartílago) y darle, así, sostén a la reconstrucción. Y los microinjertos, en la región de la escafa.

Plástica reconstructiva

- Se toma un injerto compuesto del hélix contralateral (zona dadora se deja cerrar por segunda).
- Colocación del injerto en el borde del hélix como se ha dicho antes. Al respetar el borde libre cutáneo, bastante fuerte en esta zona por el pericondrio subyacente, se respetó al máximo la forma y tamaño auricular.
- Fijación del injerto con puntos en los bordes libres y colocación de microinjertos en la escafa.

El resultado fue muy bueno con conservación del tamaño del pabellón auricular y su resistencia.

Se muestra foto posquirúrgica de tres meses de evolución.

INDICACIONES

- Tumores de la concha auricular.
- Tumores del hélix y antehélix.
- Tumores de la escafa.

DISCUSIÓN

Antes de realizar esta técnica, hemos utilizado otras técnicas pero la mayoría de las veces quedaba la oreja operada de menor tamaño, lo que frustraba enormemente al paciente.

Con la técnica presentada en este trabajo se logró mejorar los resultados estéticos, disminuir el tiempo quirúrgico y los cuidados posoperatorios, y minimizar las complicaciones.

También, antes de la evolución en nuestras mentes de esta técnica, utilizamos injertos de piel sobre la piel receptora de la zona cruenta, previa resección del tumor, piel y cartílago. El resultado estético fue excelente pero no mejor que el resultado obtenido con la técnica presentada. El tiempo quirúrgico es mayor y aumenta la probabilidad de complicaciones, sin contar que sumamos una zona dadora en el cuidado posoperatorio y una cicatriz.

El siguiente paso fue la cicatrización por segunda, que fue superada estéticamente por la técnica a la que llegamos, por los microinjertos.

Muchos autores utilizan la técnica del "tub flap"⁴ para reconstruir el hélix. Es una técnica excelente, pero requiere dos tiempos quirúrgicos y aumenta los gastos sanatoriales, las complicaciones y el discomfort del paciente. La cirugía es más larga y sólo puede utilizarse en defectos marginales.

También está la técnica de Davis,¹⁴ que realiza un colgajo de la concha auricular a pedículo inferior, con piel y cartílago dejando la piel posterior de la oreja, rotándolo hacia el polo superior para reparar defectos en esta área. Es una técnica muy buena, pero nosotros consideramos que con la técnica presentada simplificamos todos los pasos y logramos buen contorno auricular.

Otros autores han utilizado desde 1998 el cierre por segunda,^{7,9} como lo hacíamos primeramente nosotros. Pero el resultado estético

co no es el mismo, ya que la cicatriz es mucho más tensa y retráctil que con los microinjertos que le agregamos; además, el tiempo de cicatrización por segunda es de 8 a 10 semanas, de acuerdo con el defecto, mientras que con la técnica descrita se reduce a 2 semanas o menos.

También hay técnicas que utilizan colgajos en isla con piel retroauricular o mastoidea,^{11,13} aplicando el injerto previamente debajo de la misma. Es una técnica que lleva tiempo y entrenamiento quirúrgico, es en dos tiempos, aumenta la cantidad de complicaciones y el resultado estético es igual o inferior a la técnica presentada.

Otros autores reconstruyen la concha auricular con cartílago costal.⁸ Observamos las mismas desventajas y la consideramos dificultosa, pudiendo lograr buen resultado con la técnica aquí descrita.

Por último vemos en el trabajo de Gohary⁷ que se comparan dos grupos de pacientes: un grupo tratado con *human skin substitute* (tejido bicapa desarrollado en biología genética de la piel frontal del neonato) y el otro dejando la cicatrización por segunda. No se han observado grandes diferencias entre ambos grupos en cuanto a tiempo de cicatrización ni resultados estéticos.

Entonces, por carácter transitivo, también tendría nuestra técnica ventajas estéticas, económicas y de practicidad sobre el *human skin substitute*.

CONCLUSIÓN

Con este trabajo se ha querido presentar un método simple, a realizar en un tiempo, utilizando reconstrucción *like tissue*, con microinjertos homolaterales a la resección del tumor, sin cicatrices visibles en zona dadora y que cumple con las expectativas estéticas del paciente, ya que conserva el tamaño del pabellón auricular.

Con respecto al aspecto oncológico, se observa que con la resección del cartílago los márgenes profundos eran suficientes, haciendo innecesario la resección en todo su espesor, que dificulta la reconstrucción posterior: la neoplasia se expande por el cartílago y muy raramente lo atraviesa en los tamaños habituales del tumor al llegar a la consulta (1 cm).

Por supuesto, esto deberá ser corroborado por el estudio anatómopatológico por congelación.

Como siguiente conclusión, la cicatrización por segunda para determinadas zonas pequeñas y de muchos relieves es la única forma y la más simple para que la adaptación de la nueva piel sea perfecta, en esta técnica perfeccionada aun más con los microinjertos.

Es una técnica simple con buenos resultados en todas las manos quirúrgicas.

Excelentes resultados estéticos.

Disminuye los cuidados posoperatorios logrando mayor confort al paciente y disminuyendo el tiempo de cicatrización gracias a los

CASO 1



Figura 1. Prequirúrgico.



Figura 2. Posquirúrgico.

CASO 2



Figura 3. Prequirúrgico.



Figura 4. Posquirúrgico.

CASO 3



Figura 5. Prequirúrgico.



Figura 6. Posquirúrgico.



CASO 4



Figura 7. Prequirúrgico.



Figura 8. Posquirúrgico.

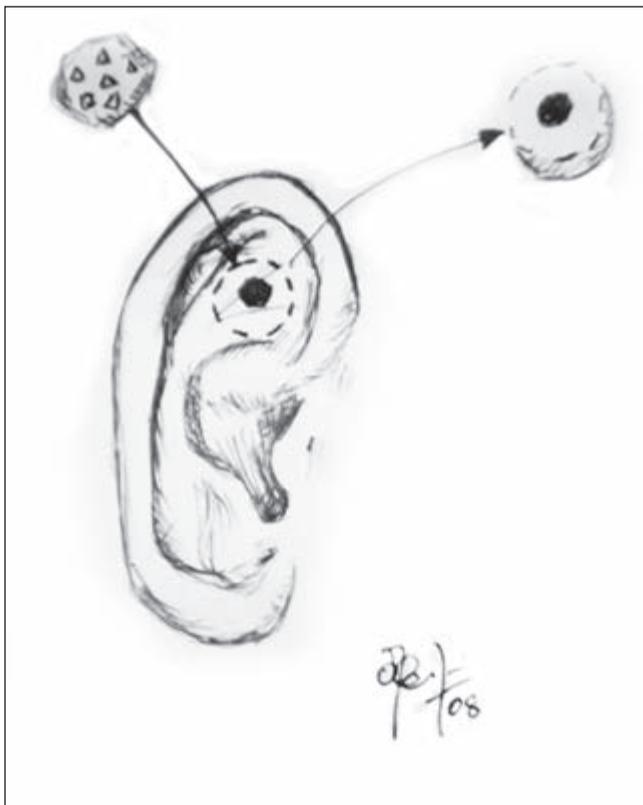


Gráfico 1. Resección de lesión de concha auricular.

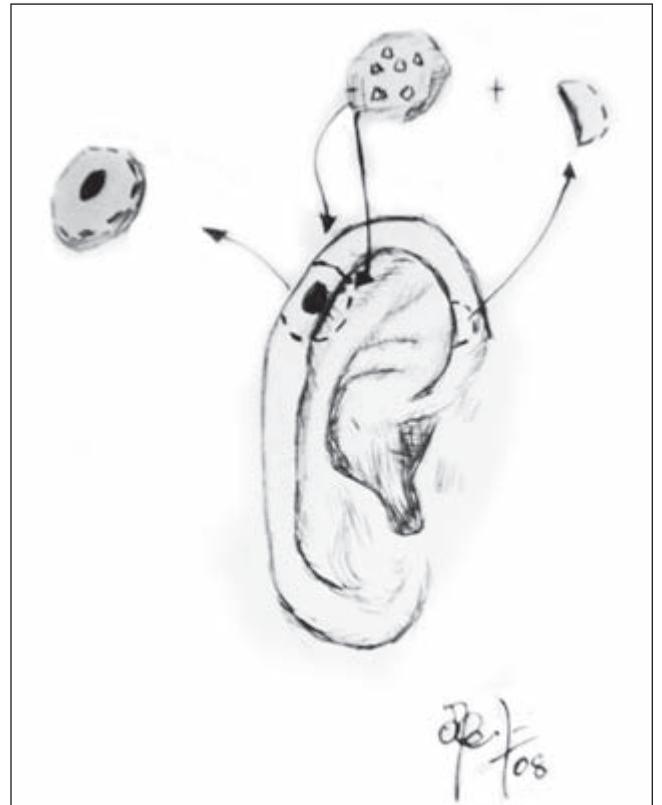


Gráfico 2. Resección de lesión de hélix.



Gráfico 3. Microinjertos.

microinjertos a comparación con el cierre por segunda.

Los gastos sanatoriales también son mínimos ya que no se utilizan suturas, es una técnica rápida y en un tiempo.

Y por último se consigue mantener el tamaño del pabellón auricular contribuyendo una vez más a la satisfacción del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Chen ZJ, Chen C, Zhang JR. Improved technique for a one-stage repair of significant defects of the ear. *Plast Reconstr Surg.* 1990 Nov;86(5):987-90.
2. Cho BC, Lee SH. Surgical results of two-stage reconstruction of the auricle in congenital microtia using an autogenous costal cartilage alone or combined with canaloplasty. *Plast Reconstr Surg.* 2006 Mar;117(3):936-47.
3. Dagregorio G, Darsonval V. Peninsular conchal axial flap to reconstruct the upper or middle third of the auricle. *Dermatol Surg.* 2005 Mar;31(3):350-5; discussion 355.
4. Di Mascio D, Castagnetti F. Tubed flap interpolation in reconstruction of helical and ear lobe defects. *Dermatol Surg.* 2004 Apr;30(4 Pt 1):572-8.
5. Ducours JL, Aftimos J, Poizac P, Wangermez A, Suel JL, Richard D. Surgical treatment of basocellular carcinoma of the auricular concha. Our experiences apropos of 11 cases. *Rev Stomatol Chir Maxillofac.* 1990;91(6):457-62.
6. Ellabban MG, Maamoun MI, Elsharkawi M. The bi-pedicle post-auricular tube flap for reconstruction of partial ear defects. *Br J Plast Surg.* 2003 Sep;56(6):593-8.
7. Gohari S, Gambla C, Healey M, Spaulding G, Gordon KB, Swan J, Cook B, West DP, Lapiere JC. Evaluation of tissue-engineered skin (human skin substitute) and secondary intention healing in the treatment of full thickness wounds after Mohs micrographic or excisional surgery. *Dermatol Surg.* 2002 Dec;28(12):1107-14; discussion 1114.
8. Grundmann T. The reconstruction of auricular defects - operative systematics and first experiences for the use of a combined skin-flap HNO. 2000 Feb;48(2):129-34. PMID: 10663061 [PubMed - indexed for MEDLINE].
9. Levin BC, Adams LA, Becker GD. Healing by secondary intention of auricular defects after Mohs surgery. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 1996 Jan;122(1):59-66; discussion 67.
10. Meng QZ. Reconstruction of traumatic auricular defect. *Plast Reconstr Surg.* 1990 Nov;86(5):987-90.
11. Redondo P, Lloret P, Sierra A, Gil P. Aggressive tumors of the concha: treatment with postauricular island pedicle flap. *J Cutan Med Surg.* 2003 Jul-Aug;7(4):339-43.
12. Reddy LV, Zide MF. Reconstruction of skin cancer defects of the auricle. *J Oral Maxillofac Surg.* 2004 Dec;62(12):1457-71.
13. Wu J, Bao X, Chu J, Zhu Y. Reconstruction of post traumatic auricle partial defect by post-auricle flap schlepping muscle root Lin Chuang Er Bi Yan Hou Ke Za Zhi. 2001 Jan;15(1):17-8.
14. Jack Davis. *Aesthetic Reconstructive Otoplasty.* New York: Springer Verlag, Inc.;1987.



RECONSTRUCCIÓN NASAL.

OPCIONES RECONSTRUCTIVAS

Marisol López, Sergio José

División de Cirugía Plástica, Reconstructiva y Reparadora, Hospital General de Agudos "J. M. Ramos Mejía"

Trabajo avalado por el Sr. Jefe de División, Dr. Manuel Alberto Viñal

Resumen

La nariz juega un rol importante tanto estético como funcional. Ambos conceptos deben tomarse en cuenta a la hora de planear la reconstrucción nasal.

Asimismo, deben evaluarse las características del defecto. En primer lugar debe definirse su localización siguiendo, para esto, los lineamientos de las subunidades estéticas propuestas por Burguet.¹

En segundo lugar se define su profundidad, dividiendo a estos defectos en superficiales, que son aquellos que respetan el periostio-pericondrio siendo necesario en estos casos el aporte de cobertura cutánea; y profundos, cuando sobrepasan dichas estructuras, debiendo restituirse mucosa, esqueleto y cobertura cutánea.

Se analizan tres casos clínicos con defectos superficiales de diversa complejidad que fueron resueltos con distintos colgajos.

Summary

The nose has an important role in facial aesthetic and respiratory mechanic. These concepts are suppose to be considered every time a nasal reconstruction is planned.

Main defect characteristics should be also evaluated. First of all, its location; considering Burguet's theory about aesthetic sub-units. Secondly, considering its deepness, defects could be divided in two groups: Superficial defects, when pericondrio-periostio are not involved, so only skin layer should be reconstructed, and Deep defects, when deeper layers are involved, so lining, framework and skin cover must be restored.

We report three cases, all of them are superficial defects with variable complexity. They were solved with different techniques.

INTRODUCCIÓN

Debido a que la nariz ocupa la región central de la cara, constituye una estructura de suma importancia en la estética facial. Asimismo, desde el punto de vista funcional, tiene participación en la mecánica ventilatoria. De esto se desprende que todo defecto a nivel nasal constituya un desafío para el cirujano plástico, ya que se debe asegurar una buena función ventilatoria sin descuidar el aspecto estético.

MATERIALES Y MÉTODOS

Los pacientes concurren a la División de Cirugía Plástica después de haber sido evaluados por el Servicio de Dermatología, con el correspondiente estudio anatomopatológico de las lesiones. En todos los casos se trató de tumores de estirpe basocelular.

Se analizó en forma preoperatoria la profundidad y localización de la lesión según subunidades estéticas y el defecto creado luego de la resección, siendo necesario en muchos casos, ampliar los márgenes de la resección a fin de emplazar la cicatriz en los límites entre dos subunidades estéticas para así lograr un efecto óptico que la haga menos perceptible.

Las lesiones fueron reseçadas con márgenes de 0,3 a 0,5 cm quedando defectos superficiales en los que se restituyó la cobertura cutánea con distintos tipo de colgajos.

Los 3 pacientes que se presentan fueron operados en la División de Cirugía Plástica, Reconstructiva y Reparadora del Hospital General de Agudos "J. M. Ramos Mejía" por médicos residentes bajo la supervisión de un médico con experiencia en la especialidad.

CASOS CLÍNICOS

Caso 1

Paciente de 67 años con epiteloma basocelular en punta nasal. Realizada la resección con márgenes de seguridad, queda un defecto que involucra la mitad derecha de la punta nasal hasta el límite con la subunidad del ala nasal. Se diseña un colgajo bilobulado de base externa según técnica de Zitelli (**Figuras 1 a 3**).⁵

Caso 2

Paciente de 56 años con epiteloma basocelular en tercio inferior de dorso nasal (**Figuras 4 a 6**). El plan quirúrgico se basó en la resección de la lesión con margen de seguridad (**Figura 5**) y el diseño de un colgajo glabellar,³ teniendo en cuenta el exceden-

Caso 1. Colgajo bilobulado de base lateral (Figuras 1 a 3).

Figura 1. Preoperatorio.

Figura 2. Intraoperatorio.

Figura 3. Posoperatorio a los 3 meses.

Caso 2. Colgajo dorso-glabelar (Figuras 4 a 10).

Figura 4. Preoperatorio.

Figura 5. Preoperatorio.

Figura 6. Preoperatorio.



Figura 7. Intraoperatorio: disección de colgajo dorso-glabelar (plano submuscular).

Figura 8. Intraoperatorio: colgajo en posición.

Figura 9. Posoperatorio a los 3 meses.

te cutáneo a este nivel. La disección se realiza en un plano musculocutáneo pediculado en la arteria supratroclear izquierda (**Figura 7**). Se constató cierre sin tensión y el emplazamiento de las suturas en los límites entre las subunidades estéticas del dorso con la punta y la pared lateronasal derecha (**Figura 8**). El resultado se ve en las **Figuras 9 y 10**.

Caso 3. Colgajo paramediano frontal (**Figuras 11 a 17**).

Figura 10. Posoperatorio a los 3 meses.

Caso 3

Paciente de 67 años con epiteloma basocelular lobulado en dorso nasal (**Figuras 11 y 12**).

Se reseca la lesión con márgenes de seguridad quedando un defecto cutáneo que involucra dorso con extensión a pared lateral nasal próximo al canto interno derecho (**Figuras 13 y 14**).

Figura 11. Preoperatorio.

Figura 12. Preoperatorio.



Figura 13. Intraoperatorio.

Figura 14. Intraoperatorio.

Figura 15. Intraoperatorio. colgajo en posición.

Figura 16. Posoperatorio a los 6 meses.

Figura 17. Posoperatorio a los 6 meses.

Se optó por la reconstrucción con un colgajo paramediano frontal para reparar todo el defecto. El mismo se diseñó siguiendo un patrón de disección que comienza, de distal a proximal, en un plano subcutáneo, luego subgaleal y por último subperióstico, a fin de evitar lesión del pedículo supratroclear (**Figura 15**).

Una vez que el colgajo es colocado en posición, se cierra la zona dadora. Generalmente queda un triángulo cruento de tamaño variable, para el cual, por protocolo del Servicio, se espera el cierre por segunda intención, logrando de esta manera un mejor resultado estético.

En un segundo tiempo, a las tres semanas, se seccionó el pedículo. Puede observarse un resultado estéticamente aceptable con mínima secuela cicatrizal en la zona dadora (**Figuras 16 y 17**).

CONCLUSIÓN

Ante todo caso de reconstrucción nasal, deben plantearse los objetivos buscados, los cuales son de índole funcional y estética.

Para el cirujano plástico en formación es elemental el trabajo supervisado por médicos con experiencia en la especialidad para optar por el método reconstructivo más adecuado.

En los casos presentados, operados por residentes, se optó por colgajos que aporten cobertura cutánea de características similares a la piel nasal, sin dejar secuelas funcionales ni cicatrizales de importancia.



REFERENCIAS

1. Burget GC, Menick FJ. Subunit principle in nasal reconstruction. *Plastic Reconstr Surg* 1985;76:239
2. Burget GC, Menick FJ. *Aesthetic Reconstruction of the Nose*. St. Louis: Mosby; 1994, pp. 1-535.
3. Marchac D, Toth B. The axial frontonasal flap revisited. *Plast Reconstr Surg* 1985;76:686.
4. McCarthy JG, Lorenc PZ, Cutting C, et al. The median forehead flap revisited: The blood supply. *Plast Reconstr Surg* 1985;76: 866-869.
5. Zitelli JA. The bilobed flap. *Plast Reconstr Surg* 1953;11:424.
6. Rouviere H. 9 edición. *Anatomía Humana*. Tomo 1. Cabeza y cuello.
7. Menick FJ. Aesthetic refinements in use of the forehead for nasal reconstruction: The paramedian forehead flap. *Clin Plast Surg* 1990;17:607.
8. Rohrich RJ, Griffin JR, Ansari M, Beran SJ, Potter JK. Nasal Reconstruction-Beyond Aesthetic Subunits: A 15-Year Review of 1334 Cases. *Plastic & Reconstructive Surgery* 2004; 114 (6): 1405-1416.

COMENTARIO XXXVIII CONGRESO ARGENTINO DE CIRUGÍA PLÁSTICA

Se llevó a cabo, durante los días 2, 3, 4 y 5 de abril en el Hotel Sheraton de Buenos Aires, el XXXVIII Congreso Argentino de Cirugía Plástica, que contó con la presencia de los siguientes invitados:

- **Dr. Vera L. Cardim** (Brasil), Directora del Capítulo de Cirugía Craneofacial de la FILAP.
- **Dr. Carmen Morovic** (Chile), Coordinadora General del Programa de Malformaciones Congénitas Craneofaciales y Profesor Asociado de la Universidad de Chile, entre otros.
- **Dr. Eric Arnaud** (Francia), Cirujano Craneofacial, Tesorero de la Sociedad Internacional de Cirugía Craneofacial.
- **Dr. Alain Charles Masquelet** (Francia).
- **Dr. María Claudia Romaña** (Francia).
- **Dr. Steven Wall** (Inglaterra), Presidente de la Sociedad Internacional de Cirugía Craneofacial.
- **Dr. Antonio Fuente del Campo** (México), Presidente de la Asociación Mexicana de Cirugía Craneofacial, Editor internacional del *Journal Aesthetic Surgery*.
- **Dr. Fernando Molina Montalva** (México), Editor de la *Revista Iberoamericana de Cirugía Plástica*.
- **Dr. Anil Madaree** (Sudáfrica), Vicepresidente de la Sociedad Internacional de Cirugía Craneofacial.
- **Dr. César Guerrero** (Venezuela), Presidente del Centro de Cirugía Maxilofacial de Caracas.
- **Dr. Rómulo Guerrero** (Ecuador)
- **Dr. John Barker** (EE.UU.)
- **Dr. Malcolm Paul** (EE.UU.), Ex Presidente de la Sociedad Americana de Cirugía Plástica.
- **Dr. Bryant Toth** (EE.UU.), Editor de la *Aesthetic Plastic Surgery*.
- **Dr. Alaa Gheita** (Egipto), Profesor Emérito en Cirugía Plástica y Reconstructiva de la Facultad de Medicina de El Cairo.
- **Dr. Javier Mato Ansorena** (España).
- **Dr. Riccardo Mazzola** (Italia). Autor de libros sobre malformaciones craneofaciales, Ex Presidente de la Asociación Europea de Cirujanos Plásticos.
- **Dr. Paolo Persichetti** (Italia), Director de Cirugía Plástica y Reconstructiva de la Universidad de Roma.
- **Dr. Hans Holmstrom** (Suecia), Profesor de Cirugía Plástica de la Universidad de Goteborg, Ex Presidente de la Sociedad Sueca de Cirugía Plástica.

Todos ellos disertaron sobre temas diversos relacionados con las malformaciones craneofaciales y cirugía estética.

Miércoles 2

- Se llevó a cabo el **Curso Internacional Pre Congreso de Cirugía Craneofacial, Cirugía y Ortodoncia en Malformaciones Congénitas** y el **Pre Congreso: Curso Internacional de Cirugía Estética**.

Jueves 3

- El relato oficial **Enfoque tridimensional del trauma craneofacial en relación a su semiología** estuvo a cargo del Dr. Flavio Sturla.
- Se realizó el **Meeting Argentino- Brasileño**.
- Se leyeron trabajos libres sobre malformaciones, reconstrucciones, cirugía estética.
- Se otorgaron los siguientes premios:
 - **1º Premio Trabajo Libres: Utilización del colgajo toracodorsal lateral para reconstrucción mamaria**, de los Dres. Mazzola I, Mackfarlane M, Angrigiani C y Pefauré J.
 - **2º Premio Trabajos Libres: Corrección funcional y estética de blefaroptosis y telecanto traumático unilateral**, de los Dres. Cuadrado M, Di Bitonto J, Lovera D, Di Maggio M y Errea F.
 - **Premio Poster**. Fue compartido entre los trabajos:
 - Dismorfias craneofaciales: Métodos de reconstrucción**, de los Dres. Iwanyk P, Iacuzzi S, Cerullo M, Grimberg C y Schirmer C.
 - Abdominoplastia post cirugía bariátrica. A propósito de un caso**, de los Dres. Serén JM, Paglia A, Cangini C y Rosati R.
 - **Mención a los Pósters**. Se otorgó a los trabajos:
 - Cementoma de maxilar superior, presentación de un caso**, de los Dres. Ciechowski J, Kremer G, Estevez N y Rodrigo J.
 - Sarcoma epitelioides. Lesión poco frecuente**, de los Dres. Iturraspe G, Maltini H y Del Carlo M.
 - **Premio Investigación**. Quedó desierto.
 - **Premio Senior**. Fue compartido por los trabajos:
 - Un año de experiencia en colgajos perforantes**, de los Dres. Sarrabayrouse M, Bramatti L y Larrañaga JJ.
 - Yeyuno libre en parche para las reconstrucciones orofaríngeas**, del Dr. Stagnaro EJ.
- Se realizó la evaluación de colegas a ingresar como Miembros Titulares de la SACPER. Se presentaron cinco con la modalidad examen, aprobando todos ellos:



Apellido	Nombre
García	Carlos Daniel
Mangas	Lucila Victoria
Ormaechea	José Ignacio
Vidotto	Daniel
Zan	Justiniano Osvaldo

- Con la modalidad de presentación de un trabajo inédito, se presentaron ocho. Todos fueron aprobados por unanimidad.

Apellido	Nombre
Beltrán	Carlos Román
Gómez Murga	Alejandro Ariel
Mayer Piragine	Horacio F.
Parolin	Alejandro Fabio
Paul	Néstor Fabián
Rusconi	Enrique Santiago
Soria	José Héctor
Tita	Gustavo Francisco

Viernes 4

Se llevó a cabo la **Asamblea de la SACPER** en la que se aprobó el Balance y Memoria anual al 31 de diciembre de 2007 y, por mayoría, la Comisión Directiva 2008-2009.

Se aprobó la designación del Dr. Claudio Ghilardi como Presidente del Congreso Argentino de Cirugía Plástica y como sede la Ciudad de Mar del Plata.

Por mayoría se aprobó el nombramiento como Miembro Honorario Nacional al Dr. Osvaldo Cudemo (†) y al Dr. Juan José Galli como Cirujano Maestro.

El Órgano de Fiscalización 2008-2010 se aprobó por mayoría. Se aprobó que el Delegado Nacional ante la Federación Iberoamericana sea el Dr. Omar Ventura.

Se presentó una única lista y se oficializaron las autoridades de la Comisión Directiva 2009-2010.

Se presentó como sede del Congreso 2010 a la Ciudad de Buenos Aires y como su Presidente al Dr. Juan Carlos Seiler.

Se aprobó por mayoría la regionalización en nueve filiales:

- Buenos Aires, incluye Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Provincia de Buenos Aires.
- La Plata, incluye Ciudad de La Plata.
- Mar del Plata, incluye Ciudad de Mar del Plata.
- Rosario y Litoral, incluye Ciudad de Rosario y Provincias de Santa Fe y Entre Ríos
- Córdoba y Centro, incluye Provincias de Córdoba, San Luis y La Pampa.
- Noreste (NEA), incluye Provincias de Chaco, Corrientes, Formosa y Misiones.
- Noroeste (NOA), incluye Provincias de Tucumán, Salta, Jujuy, Catamarca y Santiago del Estero.
- Cuyo, incluye Provincias de San Juan, Mendoza y La Rioja
- Patagónica (en formación), incluye Provincias de Neuquén, Río Negro, Chubut, Santa Cruz y Tierra del Fuego.

Se informó que se estaba trabajando en conjunto con la Academia Nacional de Medicina en la acreditación de programas de las carreras formadoras de la especialidad.

Se decidió aumentar la cuota societaria anual y se facultó a la Comisión Directiva la implementación de las formas de pago.

Sin más temas que tratar se levantó la reunión.

Felicitemos a los organizadores por el éxito obtenido.

NOTICIAS SACPER

CURSO ANUAL INTERNACIONAL DE ACTUALIZACIÓN EN CIRUGÍA PLÁSTICA 2008. SACPER- AMA.

Presidente: Dr. Víctor O. Vassaro

Director: Dr. Luis Heredia

Coordinador: Dr. Rubén Rosati

Secretario Gral.: Dr. Oscar Marinacci

Secretario Adjunto: Dr. Rodolfo Cucchiani

*Comienza el 10 de junio y finaliza el 11 de noviembre a las 21hs.
AMA*

Programa

10 de junio

Dr. Luis Montellanos (Brasil)

Implantes de pantorrillas, cara interna de muslos, glúteos y pectorales.

24 junio

Dr. Antonio Bozzola (Brasil)

Lipoaspiración, Abdominoplastias y tratamiento del SMAS.

22 julio

Dr. Paulo Matzudo (Brasil)

Toxina botulínica: Actualización. Implantes faciales no permanentes

Dr. Schummajer

Implantes faciales aloplásticos permanentes.

12 agosto

Dr. Carlos Uebel (Brasil)

Contorno corporal / "Microtransplante capilar" / "Rejuvenecimiento genital"

26 de agosto

Dr. Ruy Vieira (Brasil)

Comprendiendo la disección del SMAS" / "Tratamiento interdisciplinario en la Reconstrucción de la mama".

9 septiembre

Dr. Roberto Correa Chem (Brasil)

"Perspectivas y usos clínicos de células madres en Cirugía Plástica".

23 septiembre

Dr. Hugo Loustau

Cirugía estética y Reparadora de la mama.

Dr. Alberto Rancatti

Cirugía mamaria/Marketing en Cirugía Plástica.

14 octubre

Dr. Alan Landecker (Brasil)

Rinoplastia

28 octubre

Dr. Charles Yamaguchi (Brasil)

Uso de aparatología y procedimientos complementarios en Cirugía Estética.

Dr. Jorge Silva

Mesoterapia.

11 noviembre

Dr. Alexander Munhoz (Brasil)

"Reconstrucción mamaria"

Aranceles

No Miembro \$600

Miembro de Filial \$350

Residentes \$250

Miembro Titular SACPER (Gratis con cuota al día)

Este año el Curso se realizará a distancia para aquellos cirujanos plásticos o en formación que vivan a más de 100 km.

Informes

SACPER : Tel: 4816-3750 /0346

sacper@sacper.org.ar

Las inscripciones se realizan en la AMA

Av. Santa Fe 1171

Tel.: 4811-1633 / 4814-0634

CENTRO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA PARA EL TRATAMIENTO DE NIÑOS CON FISURAS LABIOALVEOLOPALATINAS (CEREFAP)

Estimados colegas:

Nos complace informarles que en el mes de agosto se van a llevar a cabo las IV Jornadas Nacionales Interdisciplinarias Naso - alvéolo - palatinas.

Los invitamos a participar en ellas, concurriendo o presentando un tema de su interés (secuelas, casos problemas, dificultades in-



terdisciplinarias, dificultades de infraestructura, etc.), que podrá ser desarrollado durante 6 a 8 minutos.

"IV Jornadas Nacionales Interdisciplinarias Naso – alvéolo – palatinas. Diagnóstico y Tratamiento"- 2008 -

San Miguel de Tucumán | Tucumán
22 y 23 de agosto del 2008

Fecha Límite de presentación de trabajos:
30 de junio de 2008 (importante respetar la fecha para confeccionar el programa científico definitivo).
Los trabajos deben ser enviados a la casilla de correo:
andrea.rodriguez@hospitalitaliano.org.ar

Inscripción sin cargo
sacper@sacper.org.ar
andrea.rodriguez@hospitalitaliano.org.ar

Desde ya contamos con su valiosa participación.

Dra. Paulina Iwanyk
Paulina.iwanyk@hospitalitaliano.org.ar

CONGRESO MAR DEL PLATA 2009

Del 25 al 28 de marzo de 2009 - Sheraton Hotel, Mar del Plata,
Provincia de Buenos Aires
<http://www.39congresoargentino.com>

Comité Organizador

Presidente de Honor

Dr. Leonardo Barletta

Presidente

Dr. Claudio Ghilardi

Vice-Presidente

Dr. Eduardo Aubone

Secretario

Dr. José Luis Soplan

Secretario Adjunto

Dr. Esteban Elena

Tesorero

Dr. Daniel Lafranconi

Pro-Tesorero

Dr Sergio Mario Korzin

Secretario de Actas

Dr. Fjuan Carlos Jacksic

Recepción y Relaciones Públicas

Dr. Mario Magrini

Directores de Publicaciones

Dr. Luis Aldaz
Dr. Daniel Ruiz
Dr. José Luis Tesler

Secretaria de Residentes

Dr. Federico Aldaz

Desarrollo de Sesiones

Dr. Federico Meli
Dr. Gustavo Invierno
Dr. Osvaldo Elia
Dr. Hugo Barbosa

Comité Científico

Presidente

Dr. Orlando López (Mar Del Plata)

Integrantes

Dr. Aldo Mottura (Córdoba)
Dr. Carlos Mira Blanco (Mendoza)
Dr. Ernesto Moretti (Rosario)
Dr. Javier Vera Cucchiari (Salta)
Dr. Joel Cauderer (Chaco)
Dr. Julio Cianflone (La Plata)
Dr. Oscar Zimann (Buenos Aires)
Dr. Sergio Pagani (Mar Del Plata)
Dr. Walter Servi (Buenos Aires)

Comité asesor

Dr. Abel Chajchir
Dr. Carlos Caviglia Bosch
Dr. Jorge Herrera
Dr. Juan José Galli
Dr. Julio Frontera Vaca
Dr. Rodolfo Ferrer

Invitados extranjeros

Carlos Oscar Uebel (Brasil)
Enzo Citarella (Brasil)
Fernando Ortiz Monasterio (México)
Francoise Firmin (Francia)
Flavio Saccomano (Italia)
Jose Tariki (Brasil)
Javier De Benito Mora (España)
Lydia Masako Ferreira (Brasil)
Oscar Ramirez (EE.UU.)
Raul Gonzalez (Brasil)
Ricardo Baroudi (Brasil)
Roberto Chem (Brasil)
Ronaldo Pontes (Brasil)
Wolfgang Gubisch (Alemania)

Programa preliminar

Temas centrales

- Rinoplastias
- Envejecimiento Facial
- Contorno Corporal
- Cirugía Maxilofacial

Se desarrollarán bajo la forma de Conferencias, Mesas Redondas, Mesas de Controversias, Aportes a los Temas Centrales, Temas Libres.

Se incorporará como novedad una serie de minicursos dictados por invitados especiales y que versarán sobre los siguientes temas:

- Lifting Facial – Planeamiento y Técnicas
- Técnicas de Suspensión Facial
- Rinoplastia - Optimice sus Resultados
- Abdominoplastias – Variantes y Complicaciones
- Mastoplastias – Lo Tradicional y lo Nuevo
- Rinoplastia – Simplifique su Técnica
- Gluteoplastia - Técnicas Comparativas
- Reconstrucción Mamaria

Se considerarán trabajos para aspirantes a Miembro Titular, a Premios Senior, Junior, de Investigación, Posters y Videos comentados.

Inscripciones

Valores de Inscripción	30/10/08	30/12/08	Congreso
Miembros Titulares SACPER	\$ 600.-	\$ 700.-	\$ 800.-
Miembros Activos y Filiales	\$ 800.-	\$ 1000.-	\$ 1200.-
Miembros de Sociedades Extranjeras	U\$S 400.-	U\$S 500.-	U\$S 600.-
Miembros del MERCOSUR	U\$S 300.-	U\$S 400.-	U\$S 500.-
Residentes o menos de cinco años de recibido (2)(3)	\$ 150.-	\$ 250.-	\$ 350.-
Acompañantes	\$ 200.-	\$ 250.-	\$ 350.-
Asistentes No Miembros	\$ 1000.-	\$ 1200.-	\$ 1400.-
Aranceles de Cursos y Encuentros con Expertos	\$ 100.-	\$ 150.-	\$ 200.-

Los valores incluyen los eventos sociales programados. Todos los valores están sujetos a modificación según las variaciones de precios que puedan producirse.

(1) Arancel subsidiado por la SACPER hasta el 30/12/08: 50%.

(2) No incluye los eventos sociales.

(3) Incluye la asistencia gratuita a un (1) curso arancelado.

Las inscripciones se podrán abonar de la siguiente forma:

1. Contado.
2. Depósito o transferencia bancaria a la orden de: 39º Congreso Argentino de Cirugía Plástica.
3. Banco HSBC Sucursal Mar del Plata. Cuenta Corriente N°...
4. Cheque a la orden de: 39º Congreso Argentino de Cirugía Plástica.
5. Tarjetas de Crédito: Hasta el 31 de enero de 2009.

Contactos

Secretaría Científica: E-mail: congresoarg@ciudad.com.ar

Dr. Claudio Ghilardi: E-mail: icpghilardi@hotmail.com

Dr. José Luis Soplan: E-mail: jlsoplan@ciudad.com.ar
jlsoplan@gmail.com

Alojamiento

Rogamos contactar a la empresa oficial de turismo designada:

OXFORD TRAVEL

Gerente: Fernando Girves

Dirección: Alvear 3307, Roca 1002

C. P. : 7600 - Mar del Plata - Buenos Aires - Argentina

Tel: (54) 0223 - 486 3737 ; (54) 0223 - 410 8939 / 40/41/42

Cel: (54) 0223 - 155 023563

Desde el Interior: 0810 999 3070

Web: www.oxfordtravel.com.ar

E-mail: fernando@oxfordtravel.com.ar



NOTICIAS FILIALES

SOCIEDAD DE CIRUGÍA PLÁSTICA DE BUENOS AIRES

Actividades Científicas 2008

Mayo

Martes 6 de mayo, 21 hs. AMA

Alternativas en Implantes Mamarios

Coordinador: Dr. Horacio García Igarza

- **Implantes subfaciales**
Dr. Guillermo Siemienczuk
- **Implantes submusculares**
Dr. Juan José Marra
- **Implantes más pexia**
Dr. Ernesto Moretti
- **Manejo de las complicaciones**
Dr. Oscar Zimman

Martes 20 de mayo, 21 hs. AMA

Alternativas en Envejecimiento Palpebral

Coordinadora: Dra. Martha Mogliani

- **Blefaroplastia transconjuntival**
Dr. Enrique Pedro Gagliardi (h)
- **Tratamiento de las bolsas palpebrales inferiores**
Dra. Sandra Filiciani
- **Tratamiento de la ceja con Toxina Botulínica**
Dr. Néstor Vincent
- **Tratamiento de la ceja con Hilos**
Dr. Fernando Tuccillo
- **Manejo de complicaciones**
Dr. Jorge Herrera

Junio

Martes 3 de junio, 21 hs. AMA

Alternativas en Rinoseptumplastia

Coordinador: Dr. Manuel Viñal

- **Rinoplastia Estética**
Dr. Nelson Heller (Brasil)
- **Rinoseptumplastia Funcional**
Dr. Nelson Heller (Brasil)

Martes 17 de junio, 21 hs. AMA

Alternativas en envejecimiento facial

Coordinador: Paulino Morales

- **Lifting profundo**
Dr. Carlos Reilly

- **MACS- LIFT**
Dr. Enrique Gagliardi
- **Hilos tensores**
Dra. Nora Petralli
- **Células madre y terapia lumínica**
Dr. Abel Chajchir
- **Procedimientos mínimamente invasivos**
Dr. Sergio Korzin

Viernes 27 de junio, UCA

Reunión Conjunta con la Cátedra de Cirugía Plástica de la Universidad Católica Argentina y la Sociedad Argentina de Cirugía Plástica (SACPER)

30 de junio: Vencimiento de postulaciones de Aspirantes a MT

Julio

Martes 1 de julio, 21 hs. AMA

Alternativas en Gluteoplastias.

Coordinador: Dr. Luis Ginesin

- **Aumento con grasa autóloga**
Dr. Gustavo Chajchir
- **Hilos tensores**
Dr. Guillermo Galgano
- **Inclusión protésica**
Dr. Juan Carlos Tagliapietra
- **Manejo de las complicaciones**
Dr. Marcelo Robles

Agosto

Martes 5 de agosto, 21 hs. AMA

A CONFIRMAR

8 de agosto: Fecha límite para presentar trabajos Junior

Martes 19 de agosto, 21 hs. AMA

Sesión de Trabajos de Miembros Titulares

Tiempo de exposición 3 minutos "a propósito de un caso" y 5 minutos trabajos con experiencias)

Martes 26 de agosto, de 10 a 18 hs.

Academia Nacional de Medicina

I Jornada de Actualización para Miembros Titulares de la SCPBA

Septiembre

Martes 2 de septiembre, 21hs. AMA

Sesión de Trabajos de Miembros Titulares

Tiempo de exposición 3 minutos “a propósito de un caso” y 5 minutos trabajos con experiencias)

9 de Septiembre: Fecha límite de presentación de Trabajos a Premio

Martes 16 de septiembre, 21hs. AMA

Reunión Conjunta con la Sociedad Argentina de Cirugía Plástica (SACPER)

Presidente: Dr. Víctor O. Vassaro

“Homenaje al Dr. Osvaldo Cudemo”

Octubre

Martes 7 de octubre, 21hs. AMA

Sesión Trabajos Cirujanos Plásticos Junior

Temas:

“Tumores de piel. A propósito de un caso”

“Envejecimiento facial. A propósito de un caso”

Viernes 24 y sábado 25 de octubre

XIII SIMPOSIO INTERNACIONAL DE CIRUGÍA PLÁSTICA “SIGLO XXI”

Hotel Hilton Buenos Aires

Informes e inscripción:

Sociedad de Cirugía Plástica de Buenos Aires: 4816-3757 / 0346

// info@scpba.com.ar // www.scpba.com.ar



	Hasta el 31/07	Hasta el 30/09	En el Simposio
Miembros de SCPBA	\$300	\$400	\$450
Miembros de SACPER Y FILIALES	\$300	\$400	\$450
FILACP IPRAS ISAPS	\$600	\$700	\$800
Miembros de la Sociedad Brasileira, Chilena, Peruana, Uruguaya, Paraguaya y Boliviana (certificado)	\$300	\$400	\$450
Residentes, Becarios y Cursistas (hasta 10 años de recibido de médico- Certificado)	\$200	\$250	\$250
No miembros	\$1000	\$1200	\$1400

INFORMES E INSCRIPCIÓN
Sociedad de Cirugía Plástica de Buenos Aires: Av. Santa Fe 1611 2º (1080) Capital Federal, Buenos Aires, Argentina
Teléfono: 5411 4816-3757 5411 4816-0346 Fax: 5411 4816-0342 Email: info@scpba.com.ar Web: www.scpba.com.ar

Gentileza de: **J. E. Lombarduzzi s.r.l.** INSTRUMENTAL, IMPLANTES DE BIOCERA **SILIMED**

Bv. Pellegrini 2882 - 14025L2 Capital Federal entre Corrientes y Cabildo, C.A.B.A. Rep. Arg. Tel/Fax (5411)4861-0387 / 4861-8076
E-mail: g.lombarduzzi@lombarduzzi.com.ar / j.lombarduzzi@lombarduzzi.com.ar / www.lombarduzzi.com.ar

Noviembre

Martes 4 de noviembre, 21hs. AMA

Examen a Miembro Titular

Martes 18 de noviembre, 21hs. AMA

Sesión de Homenajes a Expresidentes

Homenaje 2008: Dr. Pedro Mugaburu

Diciembre

Martes 2 de diciembre, 21hs. AMA

Sesión de Trabajos a Premio



XIII SIMPOSIO INTERNACIONAL DE CIRUGIA PLASTICA "SIGLO XXI"

24 y 25 de Octubre de 2008

Hotel Hilton Buenos Aires
(Av. Macacha Guemes 351 - Puerto Madero)

Presidente: Dr. Vicente Hugo Bertone
Coordinador General: Dr. Luis Cinesin
Secretario: Dr. Rubén Rosati
Tesorero: Dr. Omar Ventura
Secretario Científico: Dr. Horacio García Igarza
Coordinador Científico: Dr. Eduardo Marchioni

EXPOSITORES INVITADOS

Dr. Paulo Roberto Becker Amaral (Porto Alegre-Brasil)
Dr. Carlos Alberto Jaimovich (Rio de Janeiro - Brasil)
Dr. Jose Horacio Aboudib (Rio de Janeiro - Brasil)
Dr. Jaime Anger (San Pablo - Brasil)
Dr. Daniel Jacobovsky Litvak (Santiago - Chile)
Dra. Catherine Bergeret-Galley (Paris - Francia)

TEMAS A TRATAR

Rinoplastias
Mastoplastias
Rejuvenecimiento facial
Cirugías reconstructivas
Biefaroplastias

SOCIEDAD DE CIRUGÍA PLÁSTICA DE CÓRDOBA

Curso
Internacional Quirúrgico de
CIRUGIA PLASTICA
EN VIVO

Cronograma de actividades 2008

13 de mayo, 20 hs.

Reunion científica: Tema: Malformaciones Congénitas.

Disertante: Dra María Angelica Nagahama.



10 de junio, 20 hs.

Reunión Científica: Tema: Controversias en Ritidoplastia

Disertantes: Dr. Aldo Mottura, Dr. Rodolfo Ferrer, Dr. Rafael Cinnelli, Dr. Alfredo Santiago.

8 de julio, 20 hs.

Reunión Científica: Tema: Materiales de relleno faciales.

Disertantes: DR. Luís Heredia, Dr. Eduardo Wexler.

15 y 16 de agosto

Hotel Sheraton Córdoba

Curso Internacional en vivo con mostraciones quirúrgicas.

Invitados confirmados: Dr. Joao Prado Neto (Brasil), Dr. Ricar-

do Marujo (Brasil), Dr. Wlifredo Calderon (Chile), Dr. Guillermo Flaherty, Dr. Victor Vassaro, Dr. Oscar Zimman, Dr. Eduardo V. Gallo (Buenos Aires).

9 de setiembre, 20 hs.

Reunión Científica: Tema: Lipoaspiración

14 de octubre, 20 hs.

Reunión Científica: Tema: Mastoplastias y sus complicaciones.

11 de noviembre, 20 hs.

Reunión Científica: Tema: Secuela de quemaduras y Complicaciones de abdominoplastias.

SOCIEDAD DE CIRUGÍA PLÁSTICA DE TUCUMÁN

Marzo	Vie 7	Creación SACPERNOA	Reunión Conjunta (NOA: SCPS-SCPSE-SCPT)
Abril	2 al 5	XXXVIII Congreso Argentino SACPER Hotel Sheraton Buenos Aires.	Reunión Conjunta (NOA: SCPS-SCPSE-SCPT)
Mayo	Mar 06 20:30 hs.	Workshop: Rejuvenecimiento Facial con toxina botulínica tipo A San Miguel de Tucumán – Hotel Tucumán Center 25 de Mayo 230 – TE 3814525555 robertoserrano@arnet.com.ar, enrusconi@hotmail.com	Reunión SCPT SME
	22:30 hs.	Elecciones autoridades de SCPT	
	23 y 24	Jornadas de Cirugía Plástica (SCPSE) Las Termas de Río Hondo – Santiago del Estero jjormaechea@hotmail.com, drjosecardenas@hotmail.com, drsergiogonzalezcaruso@yahoo.com.ar	Reunión Conjunta (NOA: SCPS- SCPSE-SCPT)
Junio	6 y 7	Simposio de Cirugía Mamaria: Estética y Reparadora (SCPS) Colegio Médico de Salta - Salta rlara@arnet.com.ar, info@centrocirugiaestetica.com, paredes_susana@yahoo.es	Reunión Conjunta (NOA: SCPS- SCPSE-SCPT) SME
Julio	Mar 1 21:00 hs.	Asunción mandato HCD electa	Reunión SCPT
Agosto	22 al 23	Jornadas de Fisurados de la SACPER	Reunión SCPT
Septiembre	Sáb 20	Jornadas de Cirugía Plástica (SCPT) San Miguel de Tucumán – Tucumán robertoserrano@arnet.com.ar, enrusconi@hotmail.com	Reunión Conjunta (NOA: SCPS- SCPSE-SCPT) SME
Octubre	Sáb 4	Jornadas de Complicaciones en Cirugía Plástica (SCPSE) jjormaechea@hotmail.com drjosecardenas@hotmail.com, drsergiogonzalezcaruso@yahoo.com.ar	Reunión Conjunta (NOA: SCPS- SCPSE- SCPT)
	24 y 25	XIII Simposio Internacional de Cirugía Plástica "Siglo XXI". Hotel Milton – Av. Macacha Güemes 351. Cap Fed info@scpba.com.ar	
Noviembre	Mar 11 21:00 hs.	Simposio de Procedimientos Complementarios en Cirugías Estéticas robertoserrano@arnet.com.ar, enrusconi@hotmail.com	Reunión Conjunta (NOA: SCPS- SCPSE- SCPT) SME
Diciembre	5 y 6	IV Reunión Conjunta de filiales de SACPER VI Curso Internacional de Cirugía Estética (SCPS) Salta – Hotel Sheraton. rlara@arnet.com.ar, info@centrocirugiaestetica.com, paredes_susana@yahoo.es	Reunión Conjunta (NOA: SCPS- SCPSE-SCPT) SME
	Vie 19 21:00 hs.	Finalización de Actividades. Cena de Camaradería	Reunión SCPT SME

REGLAMENTO DE PUBLICACIONES

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

CONSIDERACIONES GENERALES

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

1. Preparación de manuscritos

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

2. Página inicial

- Título completo del trabajo.
- Lista de los autores, incluyendo nombre, apellidos y grado académico.
- Procedencia/centro de trabajo de los autores.
- Nombre y dirección del autor con el que se establecerá la correspondencia.
- Pie de página indicando posibles subvenciones o ayudas recibidas para la realización del trabajo

3. Resumen del trabajo

Aparecerá en la segunda página. Se podrá estructurar en secciones y contendrá entre 100 y 200 palabras. En el resumen no deben aparecer siglas, abreviaturas ni referencias bibliográficas. Al final

del Resumen se incluirán no más de tres "palabras clave" utilizando la lista del Medical Subject Headings del *Index Medicus*.

4. Cuerpo del trabajo

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

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

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

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

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

E. Conclusión. Debe ser concisa.

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

5. Bibliografía

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

- Artículos de revistas: Letterman GL, Schurter H. Corrección quirúrgica de la ginecomastia. *Am J Surg* 1969;35:322.
- Libros: Bostwick III. *Plastic and reconstructive breast surgery*. Vol 1. St. Louis: Quality Medical Publishing, Inc.; 1990, pp. 215-227.
- Capítulos de libros: Dellon AL. Radical sensory nerve entrapment. En: Gelberman RH (Editor). *Operative nerve repair and reconstruction*. Vol. II. Philadelphia: Ed. iB Lippincott Company; 1991, pp. 1039-1051.

6. Ilustraciones

Las fotografías pueden ser remitidas en blanco y negro o en color. Las fotos en color serán publicadas sin ningún costo adicional para el autor. El tamaño aproximado será de 150 x 120 mm, bien contrastadas, enfocadas y no retocadas. Las que correspondan al “antes” y al “después” deben ser tomadas en la misma posición, distancia y luminosidad. Al dorso de la ilustración se adherirá una etiqueta en la que figurará una flecha que indique la posición, el número de ilustración y el nombre del primer autor. En las microfotografías se incluirá una barra de escala. Los dibujos deberán ser realizados por profesionales, preferentemente en tinta china, y se enviará en original.

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

7. Tablas y gráficos

Se incluirán en hojas separadas, una por página.

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

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

Lista de comprobación para los autores

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

FOTOS PARA PUBLICAR EN LA REVISTA

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

- Cámara Digital: Si están tomadas con una cámara digital, la resolución de 72 dpi es suficiente. Deben guardarse en formato Tiff, Eps o JPG (preferentemente de Photoshop), en el modo CMYK.
- Escaneadas: Si están escaneadas, deben tener una resolución de 300 dpi en formato Tiff, Eps o JPG (preferentemente de Photoshop), en el modo CMYK.
- Blanco y Negro: En el caso que las fotos sean en blanco y negro, deben tener también una resolución de 300 dpi, en formato Tiff, Eps o JPG (preferentemente de Photoshop), en el modo Grayscale.