



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 Labioalveolopalatinas

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 Inchaurreaga (Cirujano Maestro)

Dr. Osvaldo Orduna

(Miembro Honorario Nacional)

Dr. Luis F. Albanese

(Miembro Honorario Nacional)

Dr. Juan José Galli (Cirujano Maestro) +

AUTORIDADES DE REGIONALES

Años 2008 - 2009

1) Región Buenos Aires (Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Provincia de Buenos Aires)

· **Sociedad de Cirugía Plástica de Buenos Aires**

Santa Fe 1611 3º Piso - (1060) Ciudad

Autónoma de Buenos Aires

Tel: 4816-3757 / 0346 Fax: 4816-0342

info@scpba.org.ar

Presidente: Dr. Jorge Patané

Vicepresidente: Dr. Francisco Famá

Secretario General: Dr. Gustavo Prezzavento

2) Región La Plata (Ciudad de La Plata)

· **Sociedad de Cirugía Plástica de La Plata**

Calle 50 - N°374 (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

3) Región Mar del Plata (Cdad de Mar del Plata)

· **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

4) Región Rosario y Litoral (Provincias de Santa Fe y Entre Ríos)

· **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.scperr.com.ar

Presidente: Dr. Carlos Zavalla

Vicepresidente: Dr. Guillermo Siemienczuk

Secretario Gral: Dra. Sandra Filiciani

5) Región Córdoba y Centro (Provincias de Córdoba, San Luis y La Pampa)

· **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

6) Región Nordeste (NEA) (Provincias de Chaco, Corrientes, Formosa y Misiones)

· **Sociedad de Cirugía Plástica del Nordeste**

Av. 3 de Abril 869 (3400) Corrientes

Tel: (03783) 435-122

Presidente: Dr. Eduardo Gómez Vara

Vicepresidente: Dra. Hebe Blanco

Secretario Gral: Dr. Sergio Martínez

7) Región Noroeste (NOA) (Provincias de Tucumán, Salta, Jujuy, Catamarca y Santiago del Estero)

· **Sociedad de Cirugía Plástica del NOA**

Presidente: Dr. Roberto Serrano

Vicepresidente: Javier Vera Cucchiari

Secretario: Ricardo Lara

· **Sociedad de Cirugía Plástica de Tucumán**

Pje. Martínez Suviría 3481 (4000) Tucumán

Presidente: Dr. Roberto Serrano

Vice-Presidente: Dr. Fernando Colombres

Secretario Gral: Dr. Enrique Santiago

Rusconi

8) Región de Cuyo (Provincias de San Juan, Mendoza y La Rioja)

· **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

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 *ArgentinadeC. irugiaP lástica* es una publicación de la Sociedad Argentina de Cirugía Plástica, Esférica 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	173
<hr/>	
DISMORFIAS MAMARIAS EN LA POBLACIÓN PEDIÁTRICA Y ADOLESCENTE <i>S. Iacouzzi, P. Iwanyk, C. Schrimmer</i>	174
<hr/>	
MELANOMA EN CARA: CASO PROBLEMA <i>J. F. Nociti</i>	181
<hr/>	
OTRA MASTOPLASTIA CIRCUMAREOLAR. ¿QUÉ QUIEREN LAS PACIENTES? <i>M. C. Romani, E. Gagliardi</i>	183
<hr/>	
GUSTAVO SANVENERO ROSSELLI. LA CALIDEZ DE UN GRAN MAESTRO <i>Dr. Carlos Alberto Aliseri</i>	194
<hr/>	
LA EDAD DE ORO DE LOS MAYORES <i>Madeleine Lejour</i>	196
<hr/>	
CIRUGÍA ESTÉTICA O EL DIFÍCIL ARTE DE CURAR <i>Manuel Sarrabayrouse</i>	199
<hr/>	
NOTICIAS SACPER	200
<hr/>	
NOTICIAS FILIALES	205
<hr/>	

EDITORIAL

Como todos los fines de año me dirijo a ustedes, queridos colegas y amigos, para reflexionar sobre algunas cosas, estados, necesidades, que todos nosotros tenemos y muchas veces no encontramos la manera de plantearnos y contestarnos; dudas, inseguridades, replanteos que se nos presentan a medida que pasan los años y experimentamos, nosotros y los que están a nuestro alrededor, cosas trágicas, dolorosas, o alegrías.

Creo que algunas reflexiones sobre lo que es importante para nosotros, como seres humanos con sentimientos, serían oportunas para hacer algunas consideraciones sobre este año que dejamos atrás.

Todas las personas eligen sus acciones, y estas elecciones nos van diciendo mucho sobre ellas. De este actuar se desprende un efecto que tiene influencia externa y también un resultado interno, una modificación del modo de ser, que produce el desarrollo personal.

“Los hábitos no son innatos, se adquieren por repetición de actos; hay una naturaleza biológica, pero el hombre es capaz de adquirir una segunda naturaleza, repitiendo actos y acciones que libremente elige y así va tejiendo su propio estilo de conducta, su modo de ser, mejor o peor, y es a través de estos actos donde se pone de manifiesto su forma de ser o su forma de tener.”

Las personas que son cautelosas, que tratan de tener cada día algo más y más, gozan de seguridad pero, necesariamente, son muy inseguras, porque dependen de lo que tienen, del dinero, del prestigio, del auto, etc., dependen de su ego y de cosas externas a ellas. “Si esto se pierde, estas personas también pueden perderse.”

Si yo soy lo que soy y no tengo que medirme con lo que tengo, nadie puede sacarme ni amenazar mi seguridad y mi sentimiento de identidad, porque lo que tengo está dentro y depende de mí.

“Cuando médicos más inteligentes quieran aconsejarme, perfeccionarme y enseñarme, haz que mi espíritu les agradezca y obedezca; hazme humilde en todo pero no en el gran arte. No dejes despertar en mí el pensamiento de que ya sé lo suficiente, sino dame fuerza, tiempo y voluntad para ensanchar siempre mis conocimientos y adquirir otros nuevos” (Maimónides).

Profesión es toda actividad personal, estable y honrada puesta al servicio de los demás y en beneficio de uno mismo a impulsos de la propia vocación y con la dignidad que corresponde a la persona humana, con el fin de contribuir al bien común.

La principal tarea del hombre en la vida consiste en dar nacimiento a sí mismo, en llegar a ser lo que es potencialmente. Yo soy yo solamente en la medida en que estoy vivo, interesado, relacionado, activo y en que he logrado una integración entre mi apariencia, para los demás o para mí mismo, y mi personalidad.

Tu cosecha depende sólo de tu siembra.

Que lo no tan bueno y lo bueno de este año que pasó sea capitalizado como aprendizaje, crecimiento y maduración para llevar como equipaje de experiencia en este nuevo año.

¡¡Muchas felicidades!!

Dra. Martha O. Mogliani
(Editora)



DISMORFIAS MAMARIAS EN LA POBLACIÓN PEDIÁTRICA Y ADOLESCENTE

S. Iacuzzi, P. Iwanyk, C. Schrimmer

Cirugía Plástica Pediátrica, Hospital Italiano de Buenos Aires

RESUMEN

El desarrollo de la mama se presenta entre los 8 y los 13 años de edad y es el primer signo de desarrollo sexual secundario. La alteración de las características normales de los senos en una adolescente mujer y el crecimiento mamario en los varones deben ser considerados y en consecuencia estudiados.

El cirujano plástico pediátrico debe estar entrenado para diagnosticar y tratar este tipo de dismorfias, así como también contener el impacto psicosocial asociado; para ello debe trabajar interdisciplinariamente con psicólogos y pediatras especialistas en crecimiento y desarrollo.

SUMMARY

The development of the breast shows up between 8 and 13 years old in the female patient and is the first sign of sexual development. The distortion of the normal characteristics of the breasts in the adolescent female, as well as the mammary growth in the males must be considered and in consequence studied.

The plastic pediatric surgeon must be trained in order to diagnose and manage this type of dismorfias holding the associated psychosocial impact working interdisciplinarily with psychologists, pediatricians and pediatric endocrinologists

INTRODUCCIÓN

El desarrollo de la mama se presenta entre los 8 y los 13 años de edad y es el primer signo de desarrollo sexual secundario. La alteración de las características normales de los senos en una adolescente mujer y el crecimiento mamario en los varones deben ser considerados y en consecuencia estudiados.

Las dismorfias en la mama adolescente pueden ser debidas a alteraciones congénitas o adquiridas y se pueden presentar con un amplio espectro de severidad.

Estructuralmente se presentan como: amastia, polimastia, atelia, politelia, mamas hipoplásicas, hiperplásicas, asimétricas o deformes. Estas categorías ayudan al cirujano plástico a fijar la oportunidad, el momento y el método para la reconstrucción quirúrgica.

Las características de estos desórdenes requieren un algoritmo reconstructivo planificado por un equipo interdisciplinario de trabajo debido al fuerte impacto físico y psicosocial que sufre el paciente. Las metas quirúrgicas de estas anomalías implican lograr un buen resultado así como también contener al adolescente y su familia.

A continuación clasificaremos los diferentes tipos de dismorfias mamarias:

1. Alteraciones en la cantidad

A) En más

B) En menos

2. Alteraciones en la forma

A) Deformación tuberosa de las mamas

B) Gigantomastias

C) Hipomastias

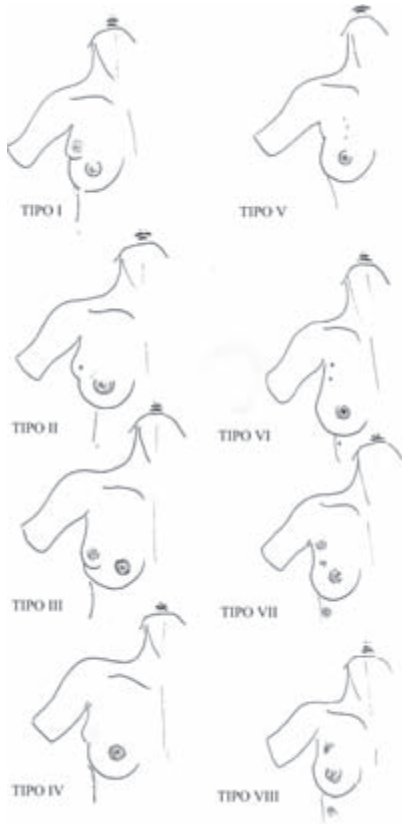
3. Ginecomastias

1. ALTERACIONES EN LA CANTIDAD

A. En más

Exceso de alguno de los elementos que conforman una mama normal (glándula-aréola-pezones).

Generalmente se produce por fallas en la regresión de la cresta mamaria intraútero y pueden encontrarse a lo largo de una línea que semeja una *s* itálica desde la línea axilar anterior hasta el pubis.



Esquema 1. Clasificación de Kajava.

Clasificación de Kajava (Esquema 1)

- Tipo I.** Polimastia - politelia: mama completa con tejido glandular, aréola y pezón.
- Tipo II.** Polimastia - politelia: tejido glandular y pezón.
- Tipo III.** Polimastia - politelia: tejido glandular y aréola (**Figura 1**).
- Tipo IV.** Polimastia: tejido glandular ectópico sin complejo aréola-pezón.
- Tipo V.** Pseudopolimastia: mama formada por adiposidad localizada sin tejido glandular ni complejo aréola-pezón (**Figura 2**).
- Tipo VI.** Politelia: pezones supranumerarios (**Figura 3**).
- Tipo VII.** Politelia areolar: aréola supranumeraria.
- Tipo VIII.** Politelia pilosa: penacho de pelos en la línea mamaria.

B. En menos

Ausencia de algunos de los elementos que conforman una mama normal (glándula-aréola-pezón).

Si bien no se sabe con certeza la causa de la ausencia de los componentes de la mama, muchas de estas dismorfias se asocian con los siguientes síndromes: Poland, atresia de coanas, Al Awadi/Raas-Rothschild y scalp-ear-nipple.

Recientemente se ha asociado un péptido relacionado con la hormona paratiroidea que es producido por el esbozo glandular mamario y que tiene implicancia en la formación del complejo areola-pezón.

De acuerdo con la ausencia de los componentes de la mama, éstas se clasifican en:



Figura 1. Polimastia-politelia tipo III.



Figura 2. Polimastia tipo V (pseudopolimastia).

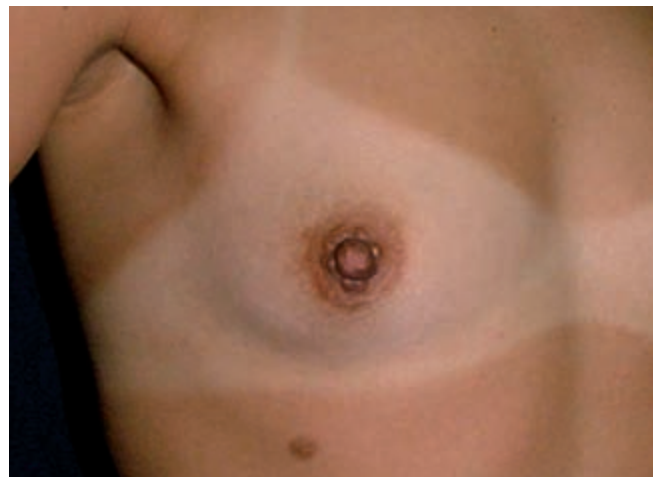


Figura 3. Politelia tipo VI.

Amastia: ausencia de tejido glandular y del complejo aréola-pezón

Amasia: ausencia de tejido glandular (**Figuras 4 y 5**).

Atelia: ausencia de aréola y pezón.



Figura 4. Paciente con amasia (ausencia de glándula mamaria) vista de frente.



Figura 5. La misma paciente de la figura anterior, de perfil.



Figura 6. Paciente con síndrome de Poland: ausencia de glándula mamaria, músculo pectoral mayor y acortamiento del miembro superior del lado afectado. Vista de frente.



Figura 7. La misma paciente de la figura anterior, de perfil.

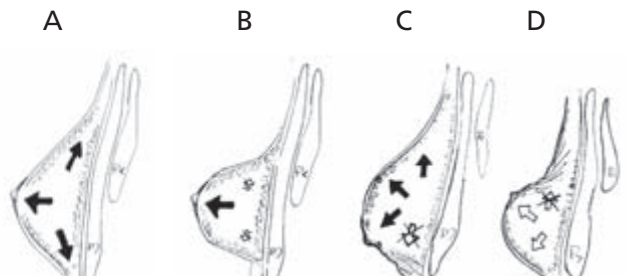
Síndrome de Poland. Se caracteriza por alteraciones de la pared torácica y el miembro superior —con deficiencia o ausencia del músculo pectoral mayor—, y de los cartílagos costales y la porción anterior de las costillas. También incluyen aplasia o hipoplasia de la mama y frecuentemente del complejo aréola-pezones respectivo (Figuras 6 y 7).

2. ALTERACIONES EN LA FORMA

Se describen deformaciones de la forma y el volumen mamario

A. Deformación tuberosa de las mamas (Esquema 2)

Hasta el momento no hay definido un causante definitivo en la deformación tuberosa mamaria. Entre ellos se mencionan: un anillo fibrótico constrictivo a la altura de la base (Mandrekas), adhe-



Esquema 2. A: crecimiento normal. B, C y D crecimiento disarmónico.

rencias de la fascia superficiales a los planos dérmicos (Grolleau) o simplemente fallas en el crecimiento del esbozo mamario. Cualquiera de los causantes provoca un crecimiento disarmónico de la glándula .



Figura 8. Paciente con deformación bilateral de las mamas. La mama derecha presenta deformación tipo I de la clasificación de Heimburg (hipoplasia del cuadrante medial inferior).



Figura 9. La misma paciente de la figura anterior. La mama izquierda presenta deformación tuberosa tipo III de la clasificación de Heimburg (hipoplasia del cuadrante medial y lateral inferior con déficit de piel en la región subareolar).



Figura 10. Vista de perfil de la misma paciente de las Figuras 8 y 9.



Figura 11. Paciente con deformidad tuberosa tipo II de mama derecha según la clasificación Heimburg (déficit medial y lateral). Vista de frente.

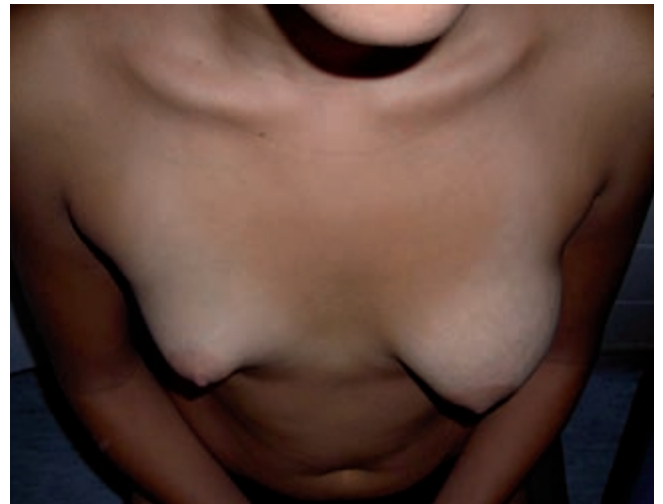
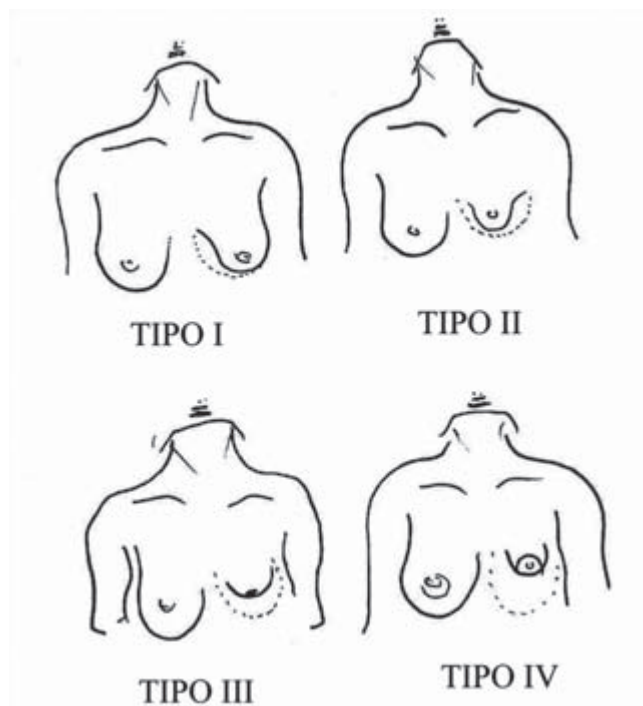


Figura 12. La misma paciente de la Figura 11. Vista superior.



Figura 13. Paciente con hipoplasia severa de la mama con base mínima, tipo IV de la clasificación de Heimbürg. Vista de perfil.



Esquema 3. Clasificación de Heimbürg.

Clasificación de Heimbürg (Esquema 3)

Tipo I. Hipoplasia del cuadrante medial inferior (Figuras 8 y 10).

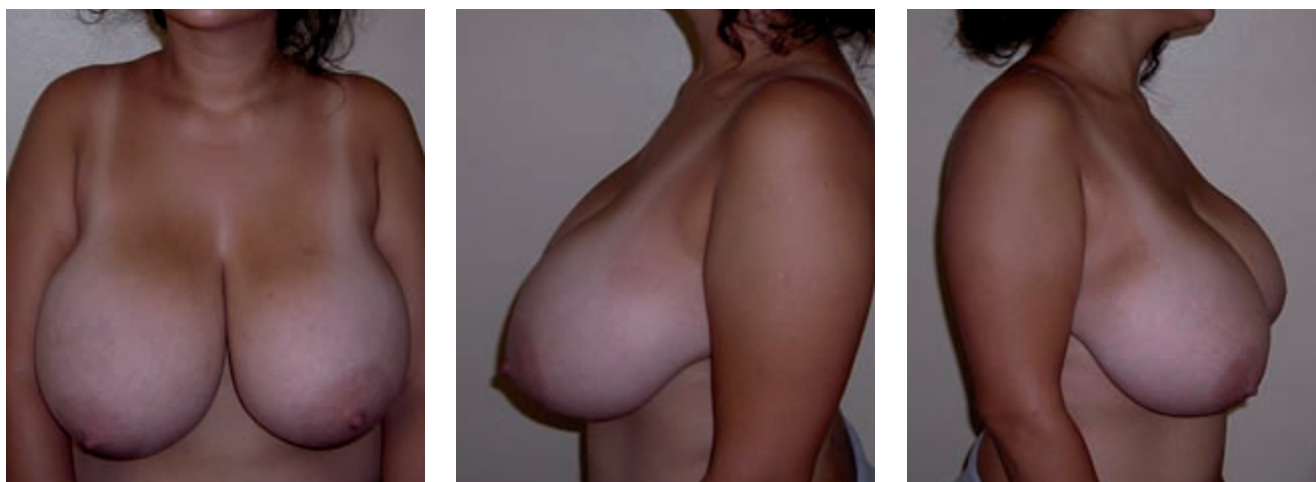
Tipo II. Hipoplasia del cuadrante medial y lateral (Figuras 11 y 12).

Tipo III. Hipoplasia del cuadrante medial y lateral inferior con déficit de piel en la región subareolar (Figuras 9 y 10).

Tipo IV. Hipoplasia severa : mama con base mínima (Figura 13).

B. Gigantomastias (Figuras 14, 15 y 16)

Se trata de un desorden en el desarrollo en el cual el parénquima mamario es mucho más sensible a los estrógenos, por lo que la mama experimenta durante la pubertad (11 a 16 años, generalmente) un crecimiento rápido, brusco y desproporcionado del tejido glandular, asociado a un afinamiento de la piel, con estrías y dilatación venosa.



Figuras 14, 15 y 16. Paciente de 16 años con gigantomastia, vistas frente y ambos perfiles.



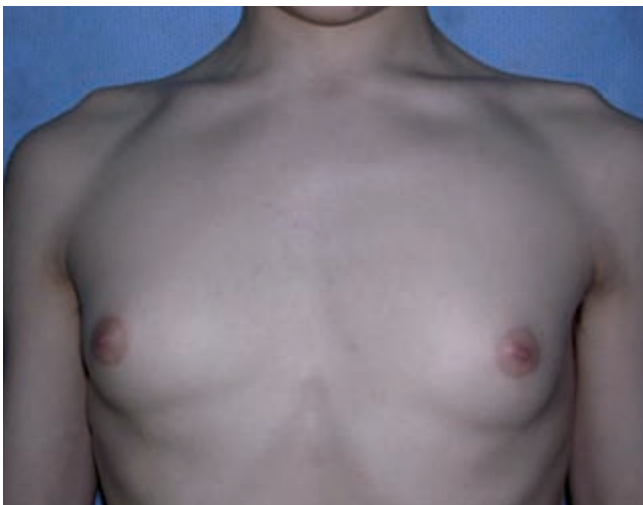
Figura 17. Joven de 17 años con hipoplasia mamaria, vista frente.

Figura 18. La misma paciente anterior, vista perfil.

C. Hipomastias (Figuras 17 y 18)

La hipoplasia mamaria o hipomastia es el desarrollo imperfecto de las mamas, lo que da lugar a mamas de menor tamaño.

En estas circunstancias, el desarrollo que alcanzan las mamas no se corresponde con el de una mujer con desarrollo mamario completo.



Figuras 19 y 20. Paciente con crecimiento del tejido mamario sin piel excedente, tipo I de la clasificación de Simon. Vistas de frente y perfil.

3. GINECOMASTIA (Figuras 19 a 24)

Es la presencia de tejido glandular en el adolescente varón que puede ser unilateral o bilateral. Se produce por la respuesta del tejido mamario al estrógeno, que normalmente en los varones sanos se ve contrarrestada por los andrógenos producidos por los testículos. El crecimiento del tejido mamario implica una alteración hormonal que debe ser controlada.

Clasificación de Simon

Se pueden establecer tres tipos:

Tipo I: Crecimiento leve del tejido mamario sin exceso de piel (Figuras 19 y 20).

Tipo II: Crecimiento moderado del tejido mamario con escasa piel excedente (Figuras 21 y 22).

Tipo III: Crecimiento grosero del tejido mamario con abundante exceso de piel que simula una ptosis mamaria (Figuras 23 y 24).



Figuras 21 y 22. Adolescente con ginecomastia tipo II, clasificación de Simon. Vistas de frente y perfil,



Figuras 23 y 24. Adolescente con importante crecimiento del tejido mamario, tipo III de Simon, con abundante exceso de piel que simula una ptosis mamaria. Vistas de frente y perfil.

CONCLUSIÓN

Las dismorfias mamarias generan un enorme impacto social y psicosexual en el paciente portador de la patología. El cirujano plástico pediátrico debe estar entrenado para diagnosticar y tratar las diferentes dismorfias mamarias y también para contener el impacto psicosocial asociado, trabajando interdisciplinariamente con psicólogos y pediatras especialistas en crecimiento y desarrollo.

BIBLIOGRAFÍA

- Kerry Latham, Sarah Fernandez, Larry Iteld, Zubin Panthaki, Milton B. Armstrong, Seth Thaller. *Pediatric Breast Deformity. The journal of craniofacial surgery / volume 17 / number 3 / may 2006*

MELANOMA EN CARA: CASO PROBLEMA

José F. Nociti

Clinica Santa Isabel. Unidad Académica Universidad Católica Argentina.

RESUMEN

Se presenta un caso problema con melanoma en cara de más de 3 años de evolución en una paciente de sexo femenino, de 77 años, con antecedentes de exposición solar, rayos X y fenotipo de alto riesgo. Se propone y realiza tratamiento quirúrgico adecuado, racionalizando medios y resultado estético.

Palabras clave: melanoma, cara.

ABSTRACT

It is propose a simple and classic method to solve a Hutchinson melanoma on the face. Any further are discussed and how to do.

Antecedentes de importancia: paciente de sexo femenino, de 77 años. Radióloga, con fenotipo 2, con permanente exposición al aire libre, con y sin cuidados adecuados. Comienza con discromía en cara a predominio de mejilla derecha hace más de 15 años, realizó permanentes consultas dermatológicas y tratamientos médicos sin resultado, con agravamiento de la discromía y extensión de ésta hacia el pómulo, el párpado inferior y mejilla derecha. Como dato curioso, en ese tiempo se realiza un lifting de cara y cuello. Se instauraron tratamientos con criocirugía y laserterapia, sin resultados definitivos. En el transcurso del tiempo se efectuaron en total 3 biopsias; las 2 primeras hablaban de melanosos actínicas.

Continúa con evolución tórpida hasta que la 3ª biopsia diagnóstica enfermedad de Hutchinson: melanoma *in situ*, multifocal y extensivo superficial (**Figura 1**).

Efectuada la derivación a Cirugía Plástica, se realizan las interconsultas y chequeos oncológicos y prequirúrgicos correspondientes, arribando a la conclusión de que el problema a resolver era localizado a pesar del tiempo transcurrido.

Ante el doble requerimiento, de la paciente y entorno familiar, de un resultado "lo más estético posible", uno de los motivos de la dilación del tratamiento quirúrgico, se propone la resección con estudio anatomopatológico por congelación de múltiples bordes de la lesión, seguido de injerto de piel total, tomada de abdomen de la región inguinal superior sin folículos pilosos visibles. La toma es de forma de huso de superficie suficiente para cubrir el defecto en cara, y linealmente en abdomen.

Este injerto de piel total es colocado y adecuado a los límites de la resección, orientando las líneas de arrugas de la piel, de la zona dadora a la receptora.

RESULTADO

El prendimiento del injerto fue del 100%, y resultado anatomopatológico, satisfactorio.

Figura 1. Preoperatorio.

Se controla la evolución posoperatoria durante 7 años de seguimiento. Se observa el comportamiento de la acción de la gravedad en forma homogénea, que disimula aún más el injerto de piel (**Figuras 2, 3 y 4**).



Figura 2. Posoperatorio 4 meses.

Figura 3. Posoperatorio 1 año.

En el momento actual, la paciente no presenta recidivas.

CONCLUSIONES

La postergación de los tratamientos, en general por motivos estéticos, y las lesiones de segura evolución hacia la malignidad claramente pronosticados en tiempo y forma pueden llegar a un punto sin retorno, que comprometan la vida del paciente.

Los abordajes simples y clásicos de la cirugía plástica tradicional, teniendo en cuenta las unidades estéticas de la cara, pueden brindar una solución que contemple tanto los parámetros curativos como estéticos. (“Lo simple asegura el éxito.”)

Figura 4. Posoperatorio 7 años.

OTRA MASTOPLASTIA CIRCUMAREOLAR ¿QUÉ QUIEREN LAS PACIENTES?

María Celia Romani,¹ Enrique Gagliardi²

1. Médica Cirujana Plástica. Clínica San Roque, Lobos, Pcia. de Buenos Aires. Cátedra de Cirugía Plástica de la Universidad Católica Argentina. Profesor Titular.

2. Médico Cirujano Plástico. Clínica San Roque, Lobos, Pcia. de Buenos Aires. Cátedra de Cirugía Plástica de la Universidad Católica Argentina. Profesor Titular.

Correspondencia. Dra. María Celia Romani: San Martín 148, (7240) Lobos, Pcia. de Buenos Aires.

Tel: 02227-421457/431325 | Fax: 02227-421457 | romanimariacelia@speedy.com.ar

RESUMEN

Se presentan varios casos de pacientes con diferentes tipos de hipertrofias y ptosis mamarias, solucionadas con técnica periareolar agregando jareta con material no absorbible para evitar el estiramiento de la cicatriz.

INTRODUCCIÓN

En el siglo XXI, son cada vez más las técnicas mamarias y la discusión ¿mastoplastias o guerras de cicatrices? aún continúa.⁴¹

La *reducción mamaria* se ubica entre la *Cirugía Reconstructiva* y la *Cirugía Estética*.^{31,41} Cuanto mayor es el tamaño de las mamas, las razones de la consulta son médicas. Al disminuir el tamaño, las razones son estéticas.

Esto es de suma importancia, ya que la inquietud en las gigantomastias y grandes hipertrofias es más bien reparadora, no corresponde lograr las mamas ideales para el cirujano sino solucionar el problema por el que la paciente consulta. Y sobre esto es el trabajo que presentamos hoy.

Otro de los puntos de discusión es si con mayor cicatriz se logra mejor *shape* o contorno de la mama. Varios autores, como Lassus, afirman que no se relaciona el largo de la cicatriz con la forma final de la mama.

Y que las pacientes elijan, es nuestra respuesta.

Uno de los objetivos de este trabajo es reflexionar si es que la paciente nos condiciona con exigencias estéticas en cuanto a la forma de la mama o las características de la areola, sobre todo en grandes hipertrofias o gigantomastias, o si somos los cirujanos plásticos los que las imponemos.

Todo no es posible: pequeña cicatriz, aliviar el peso y levantar la mama con la forma ideal...

Las pacientes eligen y hoy más que nunca al cirujano plástico le importa el impacto psicológico de las mismas con su nueva imagen. Y la reducción de las cicatrices es un punto importante.

Es bien sabido que la reducción mamaria de por sí, sin importar la técnica, mejora la calidad de vida de la paciente y su autoestima,⁵⁰ su salud física.⁷ Las pacientes, son pacientes agradecidas ya que el primer objetivo, la disminución del peso, ha sido cumplido.

Pero lo que genera disconformidad son las cicatrices que desfiguran la mama.⁵⁰

La tendencia moderna, a la que adherimos, es la disminución de las cicatrices y atender las inquietudes de la paciente.

Consideramos los trabajos-encuestas a las pacientes como propone Fayman, de gran valor ya que nos acercan a las inquietudes de ellas. Nos ubican en la perspectiva de la paciente más que en la del cirujano de acuerdo a una técnica determinada. En su trabajo, éstas elegían la técnica periareolar.

OBJETIVOS

La técnica mostrada en este trabajo es una técnica simple cuyo objetivo es conformar a la paciente logrando todos estos puntos a la vez:

1. Presentar una técnica efectiva, segura, rápida y simple, con buenos resultados en manos de todo cirujano, no sólo en las del autor. Fácil de aprender en *training programs*.
2. No presentar obstáculos en los futuros estudios mamarios.
3. Reducir la cicatriz siendo sólo circumareolar en todos los casos, sin importar el tamaño de la mama, considerando que la cicatriz también influye en la calidad de vida de la paciente.
4. Perfeccionar la técnica *round block* para disminuir el ensanchamiento de la cicatriz.
5. Darle naturalidad a la cicatriz circular.
6. Atender a las inquietudes de la paciente.
7. Aprovechar la gran capacidad de retracción de la piel mamaria.
8. Diferenciar, según el tamaño de la mama y las inquietudes de la paciente, entre mastoplastia estética de mastoplastia reparadora.
9. Valorar los resultados de acuerdo con esta división, siendo realista en los logros y coherente con las exigencias en cada caso:



- a. En hipertrofias mamarias graves y gigantomastias, lograr mamas "reales" y livianas (resultados médicos), con tan sólo una cicatriz circunareolar (resultado estético), mejorando la calidad de vida de la paciente: objetivo de la mastoplastia reparadora.
 - b. En hipertrofias mamarias leves y ptosis mamarias, lograr resultados excelentes, mamas firmes y pexiadas: mastoplastia estética.
11. Acercar a la mastoplastia reparadora un gran logro estético: la reducción de cicatrices.
 12. No seguir patrones rígidos, sino adaptarse a la paciente.
 13. Apelar a la apertura del cirujano plástico a un nuevo concepto en mastoplastias: las pacientes lúcidas colaboran en la elección de la técnica.
 14. Llamar a la conciencia del cirujano plástico si es que considera que la forma de la mama, sobre todo en grandes hipertrofias, se logra a expensas de grandes cicatrices y si la elección de la técnica la guía la paciente o él.
 15. Presentar una tercera opción cuando en gigantomastias sólo nos quedan *Thorek* y la *mastoplastia a pedículo inferoposterior*.

DESARROLLO

Adherimos a Hinderer,²⁸ que considera que la cicatriz periareolar disminuye el estrés y disconfort de la paciente, que alcanza así pronta recuperación y satisfacción.

Muchas son las técnicas periareolares descriptas, desde tiempo ya, popularizada por Benelli con el *round block*. Difieren entre sí mayormente en la ubicación de la resección glandular: Llee deja una pirámide inferior,³² Qia en su *double circle* deja un tronco central separando la piel,⁴³ Li describe dos círculos concéntricos y reseca el cuadrante lateroexterno.³⁵ Otra es la técnica de Gruber, la *Donut mastopexy*.²²

A estas técnicas se suman las que utilizan elementos de sostén y prótesis.

Muchas son selectivas para pequeñas hipertrofias, mastopexias, areolas protuberantes, mamas tuberosas, y no comprenden las gigantomastias.

La mayor crítica de las técnicas periareolares es el ensanchamiento de la cicatriz. Según Hinderer, el 50% de los casos requiere revisión de cicatriz, pero esto no difiere mucho de las técnicas convencionales.²⁸

A ésta se suman varias críticas más: el estiramiento de la areola, la falta sostén, la *tomato breast appearance*, la falta de naturalidad en la cicatriz circular.

Algunos autores intentan soluciones, como Gyshiewics, que presenta la sutura *zigzag wavy* para la línea periareolar evadiendo el *purse string* para el cierre cutáneo²³ y darle naturalidad. Hinderer define en su trabajo cómo prevenir la *tomato breast appearance*.²⁸

Hammond usa plicaturas internas y logra satisfacción del cirujano y del paciente²⁶ marcando la tendencia actual.

Ramírez ya propone⁴⁵ utilizar las técnicas de Lejour y la periareolar para gigantomastias.

Siguiendo estas tendencias actuales y tratando de solucionar las fallencias de las técnicas periareolares, surge esta técnica circunareolar.

La técnica que presentamos está inspirada en la filosofía que la disminución de cicatriz da confort a la paciente y en la excelente capacidad de retracción de la piel mamaria. Se apoya en la idea de Peixoto sobre el equilibrio entre continente contenido y en la contundente realidad de que una cicatriz puede retocarse pero no acortarse.

Es sumamente versátil, ya que la irrigación de esta técnica está garantizada por los vasos dérmicos y subdérmicos, respeta los pedículos superiores y la inervación del complejo areola pezón por el ramo anterior del 4º nervio intercostal.

Mantiene la función mamaria conservando glándula retroareolar. Paradójicamente, surge la idea de esta técnica cuando para una paciente con gigantomastia no decidíamos qué hacer. Estábamos entre Thorek, con la desventaja de la necrosis del pezón, y la mastoplastia a pedículo posteroinferior, con la desventaja de su limitación en la resección mamaria.

Así que al haber tenido en cirugía reparadora por patología mamaria muy buenos resultados con una técnica similar presentada en el Congreso Argentino de Cirugía Plástica en el 2001, la adaptamos para estética.

TÉCNICA QUIRÚRGICA

Marcación:

Punto A vértice superior de la areola: proyección del surco submamario.

En grandes hipertrofias y en gigantomastias, marcamos el punto A, que pocas veces coincide con las medidas estéticas proclamadas para las hipertrofias medianas. Se considera de mayor importancia conservar la vitalidad del complejo areola pezón y reducir la tensión periareolar, disminuyendo así las dehiscencias y la distensión de la cicatriz. Partimos de que la ptosis mamaria en grandes hipertrofias y gigantomastias es causada por el peso de la mama. Una vez aliviado éste, la areola de por sí se elevará y no será necesario sacar la cantidad de piel correspondiente para alcanzar medidas estéticas. Apelamos a su vez a la extraordinaria retracción cutánea de la mama.

Los cirujanos que deseen elevar más la areola, podrán elevar el surco submamario 2 o 3 cm y ubicar la areola en un punto más proximal, ganando la misma cantidad de centímetros extra (2-3 cm).

Los puntos B y B' se tomarán acercando la piel hacia la areola, sin tensión.

Y el punto D estará alrededor de 6 cm del pliegue submamario, en una ubicación coherente con el resto y que no genere tensión. Podrá ser de 7 cm en gigantomastias.

La marcación de la areola con un diámetro adecuado. Se podrá reducir el mismo, teniendo en cuenta que al hacerlo aumentará la tensión para la sutura. Se aconseja hacerlo en mamas medianas. En hipertrofias graves, con moderación, y si se realiza, acompañarlo con una buena resección mamaria.

En gigantomastias, muchas veces no será posible disminuir la areola. Si bien no es estético, es ventajoso para nosotros contar con grandes areolas ya que así disminuimos la cantidad de piel a reseca; se logra menos tensión en la sutura y menos dehiscencia, sobre todo en gigantomastias, que no prioriza lo estético. De todas maneras,

al año, si la paciente lo pide, se podrá achicar la misma bajo anestesia local.

La marcación concluye con la unión de estos puntos en forma de círculo quedando un doble círculo con una distancia entre sí de 3 cm a 7 cm, en lo posible no más. Preferimos adecuar la altura de la areola y el resto de los puntos antes que hacer una marcación utópica que nos llevará a la dehiscencia de la sutura.

Infiltración de la piel para la desepidermización y de la mama: hemos visto así menor sangrado y menor dolor posoperatorio.

Desepidermización 3 cm a 7 cm de diámetro según la marcación periareolar.

Incisión de hora 9 a hora 3, para una cómoda resección mamaria.

Resección glandular en cilindro hacia la aponeurosis del pectoral, dejando al menos 3 cm de espesor retroareolar. Si la paciente es nulípara o desea tener más hijos, se le dejará mayor cantidad de glándula mamaria para conservar la función.

En gigantomastias, el cilindro se transformará en cono trunco o doble quilla (inferior y superior), para resecar mayor cantidad de tejido mamario.

En esta etapa, en gigantomastias se podrá disminuir el ancho y elevar el surco submamario con lipoaspiración o desgrasado con tijera para el surco.

Se realizará una jareta interna a mitad de la altura de la mama, para aumentar la proyección de ésta y guiar la cicatrización. Esta maniobra también proyecta la areola. Tensar sin fruncir, no se desea unir el resto de la mama por dentro sino sólo aumentar la proyección.

La jareta se hará con Vycryl 3-0. Consideramos que al ser reabsorbible no interferirá en los estudios mamarios.

Menospreciar los pliegues que se ven a nivel cutáneo luego de finalizada la maniobra, ya que con la curación esto terminará de modelarse. Consideramos que la retracción cutánea también juega un papel importante.

Colocación de drenajes.

Sutura de la areola: éste es un paso crucial para esta mastoplastia periareolar, ya que supera el *round block* al disminuir la distensión de la cicatriz y de la areola.

Se realiza una sutura intradérmica profunda con mononylon 3-0 entre los círculos separados por la desepidermización (piel-areola) La tensión está dada por un conjunto de elementos: prudencia en la disminución del diámetro de la areola, la correcta resección de tejido mamario y la elección adecuada de los puntos de la marcación, no elevando demasiado la areola en hipertrofias graves y gigantomastias.

La sutura comienza en hora 6 y es intradérmica profunda, tomando mayor cantidad de piel del círculo mayor. Se anuda en el mismo punto donde comenzó.

Se colocarán puntos separados, en forma superficial y los que sean necesarios con dos objetivos:

1. Disminuir la tensión de la sutura anterior.
2. Guiar la cicatrización sobre la intradérmica, irreabsorbible.

La plástica termina con la curación, que consideramos importante.

Se colocan gasas vaselinadas en las suturas y gasas secas sobre las mamas. Se realiza un corpiño no circular con *tensoplast*. Comenzando por mama derecha, extremo superior, se dirige hacia el inferior de la izquierda. Luego, del inferior de la derecha al superior de la izquierda. Para repetir la maniobra si se considera necesario y concluir con bandas horizontales superior media e inferior. Toda la maniobra llevando las mamas hacia medial.

CASOS

Los casos 1 y 2 son los primeros que hemos hecho y se presentan para graficar cómo hemos ido perfeccionando la técnica.

Caso 1 (Figuras 1 a 8)

Paciente de 57 años que presenta gigantomastia.

Se propone técnica periareolar considerando que es la de menor riesgo de necrosis areolar o de pezón para gigantomastias, advirtiéndole a la paciente la posible distensión de la cicatriz y que la citaríamos al año para una revisión de la misma con anestesia local si fuera necesario.



Figura 1. Preoperatorio frente 1ª intervención. Obsérvese gigantomastia. Elegimos esta técnica por la indemnidad del complejo areola pezón.



Figura 2. Posoperatorio frente 1ª intervención al mes. Se aplica técnica descrita. La sutura aún la hacíamos con mononylon 4-0; la resección en mama derecha fue 900 g y en mama izquierda, 950 g.

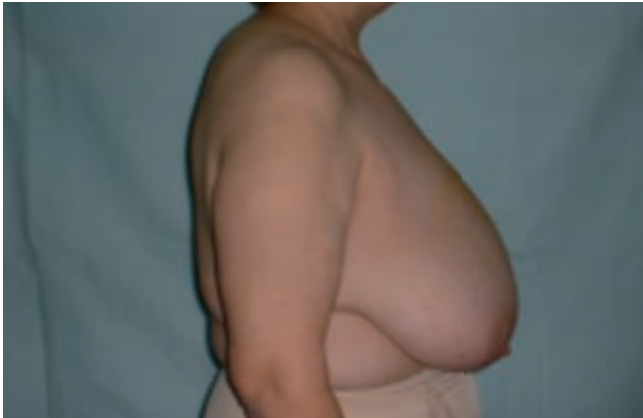


Figura 3. Preoperatorio perfil derecho.



Figura 4. Posoperatorio perfil derecho.



Figura 5. Preoperatorio frente 2ª intervención. Nótese distensión cicatrizal, por lo que decidimos perfeccionar la técnica a la actual, con una sutura mononylon 3-0 para la intradérmica y una mayor resección mamaria, con lo que disminuimos dos factores para la distensión de la cicatriz. Se aplica la técnica descrita con disminución de 1,5 cm del diámetro de la areola. La resección en mama derecha fue de 800 g, y en mama izquierda, de 750 g.



Figura 6. Posoperatorio frente al mes. Nótese el buen resultado logrado en cuanto ubicación de la areola y forma mamaria.



Figura 7. Preoperatorio perfil derecho.



Figura 8. Posoperatorio perfil derecho.

Ubicación de la areola pre:
Planificamos elevarla 10 cm. Vemos que no logramos el estándar estético pero no es en este caso la prioridad. No disminuimos el

diámetro de la areola para poder elevarla más. Todavía con mononylon 4-0, como en nuestras reparaciones y resección glandular con timidez. Luego cambiamos por dehiscencia de la cicatriz.



Figura 9. Preoperatorio frente.



Figura 10. Posoperatorio frente. Se aplica técnica descrita pero la intradérmica con monocryl, la que luego cambiaríamos en la técnica al ver estiramiento de la cicatriz. Resección en mama derecha 700 g, en mama izquierda 650 g.



Figura 11. Preoperatorio perfil.



Figura 12. Posoperatorio perfil.

En este caso consideramos prioritaria la vitalidad y la innervación correcta del complejo areola pezón antes que lo estético. A su vez, la técnica da una gran seguridad.

Los resultados son buenos, observamos distensión de la cicatriz (perfeccionamos la técnica para las posteriores). La citamos al año. La paciente desea además de la revisión de la cicatriz reducir aún más el volumen mamario.

Disminuimos 1,5 cm el diámetro de la areola. Tampoco queríamos mucho, previniendo la distensión cicatrizal. Los resultados fueron muy buenos y pudimos elevar aún más la areola.

Consideramos en gigantomastias que hay que reseca en forma cónica, sin temor, gran parte del tejido mamario. Puede parecer que estamos vaciando la mama, pero al aproximar la piel con la jareta, y con la paciente de pie, el aspecto de la mama es bueno y habremos logrado aliviar el peso, lo que nos ayudará también a disminuir la distensión circumareolar.

Caso 2 (Figuras 9 a 12)

Paciente de 21 años con bloqueo auriculoventricular congénito, con marcapaso. Se considera la posibilidad de lipoaspiración como único método, pero vimos en la mamografía como en la ecografía mamaria que la hipertrofia era glandular.

La operamos con su cardiólogo y la coagulación se hizo con pinza bipolar.

En este caso la sutura periareolar se realizó con monocryl. Luego al ver la distensión cicatrizal es que llegamos a la sutura descrita para esta técnica.

Dimos énfasis en la infiltración para disminuir el sangrado. Se le indicó una cuidadosa profilaxis antibiótica.

Se propuso esta técnica por su rapidez y por sus resultados estéticos.

Los resultados son excelentes, con buena proyección de la mama y remisión total de los pliegues circumareolares.



Figura 13. Frente prequirúrgico.



Figura 14. Frente posquirúrgico.



Figura 15. Perfil prequirúrgico.



Figura 16. Perfil posquirúrgico.

Caso 3. Mastopexia (Figuras 13 a 16):

Paciente de 39 años. Se le realiza sólo mastopexia. Se desepidermiza 2,5 cm. Se realiza la sutura intradérmica con mononylon 3-0 entre la areola y el extremo distal de la desepidermización.

Los resultados son excelentes. No hay distensión de la cicatriz ni protrusión de la areola como en otros tipos de suturas para mastopexias periareolares. Es simple y rápida, bajo anestesia local. Lo que implica menor gasto sanatorial y para la paciente.

Caso 4. (Figuras 17 a 20)

Paciente de 16 años con hipertrofia mamaria.

Se elige esta técnica por considerarla la menos mutilante en cuanto a sus cicatrices.

Se deja suficiente tejido mamario retroareolar para permitir la lactancia. De todas maneras, se le advierte a la paciente de su posible anulación. Aun así decide operarse por su implicancia psicológica en la adolescencia.

El resultado es excelente.

DISCUSIÓN

La técnica presentada atiende a las críticas de las mastoplastias periareolares y trata de solucionarlas. Consideramos que muchos son los logros por este camino y esto nos da coraje para perfeccionarlo.

El estiramiento de la cicatriz se disminuye con la sutura intradérmica permanente (mononylon 2-0), la correcta resección del tejido mamario, la prudente disminución del diámetro de la areola cuando es posible, no elevar demasiado su ubicación en grandes hipertrofias y gigantomastias, los puntos separados, logrando un correcto equilibrio entre continente y contenido, siempre tendiendo a disminuir más este último que el continente.

La naturalidad de la cicatriz circular se logra al hacer partícipe a la areola de la cicatrización.

La proyección de la mama está dada por la jareta interna y la dirección concéntrica del tejido mamario coronado con la areola y la curación con tensoplast que tiende a despegar la mama del tórax a diferencia de los vendajes compresivos circulares.



Figura 17. Frente prequirúrgico.



Figura 20. Frente postquirúrgico. Se aplica técnica descrita. Resección mamaria en mama derecha 400 g, en mama izquierda 550 g.



Figura 21. Perfil prequirúrgico.



Figura 22. Perfil posquirúrgico. Nótese la buena proyección mamaria y la naturalidad del surco submamario.

La proyección de la areola está lograda por la jareta interna y por la sutura intradérmica, evitando el *round block* que tiende a hundirla dándole un *tomato appearance*.

Los pliegues periareolares disminuyen en cantidad y desaparecen más rápido con la sutura intradérmica, al hacer partícipe a la areola se evita el *purse string*.

El mejor sostén natural de la mama sigue siendo la unidad dermoglandular; el secreto es el correcto equilibrio, nuevamente, entre contenido y continente.

En las mastoplastias reparadoras, es incoherente exigir mamas perfectas cuando hay graves problemas de salud. Ya se le está brindando la disminución de la cicatriz y esto satisface más a la paciente.

De todas maneras el tamaño de la areola puede ser disminuido al año si la paciente lo pide.

Las mastoplastias siguen siendo compartidas por Cirugía Estética y Cirugía Reparadora. Esta técnica cumple ambas expectativas.

Ventajas

Técnica simple, rápida, no es de difícil marcación, se adapta a cada paciente, cicatriz periareolar, cicatriz natural al suturar ambos bordes de la desepidermización, respeta estructuras anatómicas importantes como los ligamentos de Cooper y el pliegue submamario, respeta la unidad dermoglandular ya que no hay disección, excelente irrigación e inervación complejo areola pezón por los vasos dérmicos y subdérmicos, imposibilita necrosis de la areola aún en manos inexpertas, técnica apta para ser realizada en *training programs*, sus resultados son buenos en todas las manos, las maniobras son simples y los diseños no son engorrosos. Atiende las expectativas de la paciente, logra mamas naturales. Acepta colocación de prótesis u otros procedimientos que el cirujano quiera agregar. No altera los estudios mamarios, ya que deja suturas intraglandulares reabsorbibles y la ubicación de la glándula no está modificada. Rápida recuperación de la paciente e incorporación a su actividad. En gigantomasias, evita cirugías largas y engorrosas y nunca se ne-

crossa la areola. El surco submamario es natural. Disminuye el gasto institucional por el corto tiempo operatorio y la rápida recuperación del la paciente.

Desventajas

La elevación de la areola y la disminución de su diámetro, en gigantomastias, están supeditadas a la elasticidad de la piel y limitadas por el ensanchamiento de la cicatriz. Requiere una charla previa con la paciente para explicarle que es posible solucionar estos detalles al año con anestesia local, si ella así lo desea.

De todas maneras, muchas veces es el cirujano el que tiene en mente la forma ideal, y la paciente, con la disminución del peso y con una sola cicatriz alrededor de la areola, está más que satisfecha.

La sutura intradérmica permanente que puede alterar imágenes radiológicas; esto se le comunicará debidamente a la paciente, y ante el menor inconveniente se retira sin problemas al estar accesible.

Breve comparación con las técnicas en T invertida y vertical

La mayor secuela en una mastoplastia es la cicatriz que traspasa los límites mamarios.³⁶

Algunas técnicas pierden naturalidad en el pliegue submamario y sufren alteración del contorno de la mama, a la vez que las cicatrices no son satisfactorias.⁴⁴ Otras son dificultosas para todas las manos quirúrgicas. Muchas son de difícil marcación y esta marcación es condicionante para el buen resultado de la técnica.¹⁹ Otras requieren entrenamiento exhaustivo y muchas veces no son tan populares entre los cirujanos por que es imposible su aprendizaje y los resultados no serán óptimos. Esto lleva a revisiones, hasta de un 28% en mamoplastias verticales.¹⁹

Algunos autores agregan elementos para la proyección y sostén de la mama, dificultando su estudio y prolongando su tiempo quirúrgico. Sostenemos que una técnica simple que respeta la unidad dermoglandular logrando así dos ítems importantes: conservar los ligamentos de Cooper para el sostén de la mama y respetar su contorno logrando naturalidad en todo su diámetro.⁴²

En las gigantomastias y grandes hipertrofias compite con el injerto areola pezón y la técnica a pedículo posteroinferior. Éstas presentan varias desventajas como la necrosis del pezón y la anulación de la sensibilidad del complejo para la primera y la limitación de resección mamaria y el peso concentrado en el polo inferior, para la segunda.

Comparándola con otras mastoplastías de cicatriz reducida, la mastoplastia circumareolar no es un paso más de la circumvertical. Tiene una filosofía diferente. El diseño es distinto. Se reseca menos piel, y concibe la mama en tres dimensiones. La dirección de cierre es hacia adelante y arriba, es concéntrica a diferencia de la circumareolovertical que es hacia arriba (lineal). A su vez, en esta técnica circumareolar los ligamentos de Cooper se mantienen intactos. La unidad dermoglandular es respetada en todo su diámetro por lo que el pliegue submamario es natural, lo que no ocurre en la mastoplastia vertical en todas las manos quirúrgicas. Esta última requiere entrenamiento, lo que no es necesario en la técnica presentada en este trabajo.

Por otro lado consideramos que una cicatriz vertical es visible, y a veces más que una horizontal de buena calidad. Consideramos que una mastoplastia de cicatriz reducida debe ser periareolar ya que así estaríamos eliminando la horizontal por su posibilidad de exceder los contornos de la mama y por su potencial queleloideo y la vertical, por su visibilidad y por no brindar siempre un surco submamario natural.

La técnica presentada es una técnica posible de hacer por toda mano quirúrgica a diferencia de otras, que sólo obtienen resultados excelentes en manos de su autor.

Comparando con otras mastoplastías circumareolares, la resección del tejido mamario en pirámide o cilindro permite una real disminución del tamaño de la mama, lo que significa eludir a las limitaciones de las técnicas periareolares para leves hipertrofias.

A su vez respeta la unidad dermoglandular muy nombrada por el profesor Ivo Pitanguy. Al respetar esta unidad aun en el polo inferior a diferencia de la técnica de Pedro Martins, o en otros cuadrantes como en las técnicas descritas anteriormente, se evita el vacío en un lugar y se reconstruye el cono mamario por la jareta interna en dirección centrípeta.

La proyección mamaria está garantizada por la dirección concéntrica y anterior de la plástica a partir de la jareta interna, de la unidad dermoglandular y la indemnidad de los ligamentos de Cooper. A diferencia de otras técnicas periareolares que buscan la proyección con colgajos, prolongando el tiempo quirúrgico, dificultando la técnica para su aprendizaje y logro final. Consideramos que los colgajos cuyo pedículo es central o medial tiran la mama hacia la profundidad y disminuyen su proyección. Si la dirección es hacia arriba, sólo se logra un resultado lineal y lo que buscamos es hacia delante. Otros dejan vacío un polo mamario. Los colgajos complican el estudio mamario a posteriori.

Consideramos a comparación de otras técnicas periareolares que nuestra técnica es simple, rápida, factible y de amplio espectro para su indicación.

Otra gran diferencia con las técnicas anteriores es la división de mastoplastia estética circumareolar y mastoplastia reparadora circumareolar. La diferencia entre ambas, en nuestra técnica, es sólo la distancia de la areola de la horquilla esternal y el diámetro de la misma. Pero ambas gozan de este extraordinario logro estético que es la disminución de la cicatriz. Nada es tan contundente. Y aun así permite perfeccionar este detalle con la elevación del surco submamario.

Comparada con el *round block*, en esta técnica se hace partícipe activa a la areola de la cicatrización, evitando así que se "zambulla" hacia abajo, dándole mayor proyección y logrando naturalidad en la cicatriz circumareolar. La proyección de la mama y de la areola está lograda por la dirección centrípeta de la plástica mamaria con la jareta interna.

El surco submamario es natural al conservar la unidad dermoglandular en esta zona, poca cicatriz y rápida recuperación de la paciente. No deja material irreabsorbible intraglandular colaborando con los estudios de la mama. Sólo queda el mononylon circumareolar. Se le avisará de esto a la paciente para sus futuros estudios mamarios.

Consideramos la sutura intradérmica poco distorsionante al ser lineal y superficial. De todas maneras ante la duda puede retirarse. Las complicaciones, que no son más que las convencionales, se minimizan ante sus ventajas: nunca necrosis, surco submamario natural, poca cicatriz y rápida recuperación de la paciente.

CONCLUSIONES

Según Gasperoni C.¹⁹ una mamoplastia efectiva y segura es la que logra un buen contorno mamario y que disminuye la cantidad de cicatrices. La técnica presentada es una técnica simple, segura, con buenos resultados en todas las manos quirúrgicas.

Es una técnica que atiende a las expectativas de la paciente disminuyendo el stress psicológico de las secuelas cicatrizales.

Está orientada de acuerdo a las tendencias actuales de disminuir la cicatriz y atender a las inquietudes de la paciente como protagonista.

En las grandes hipertrofias no se logran mamas ideales sino mamas reales, adecuadas en peso y forma. Muchas veces los cirujanos nos sobreexigimos en la forma a expensas de grandes cicatrices, mientras que la paciente está más que conforme con el resultado.

En las grandes hipertrofias, muchas veces logramos eliminar el peso pero en menos grado la ptosis ya que la areola no llega a los cánones estéticos en centímetros. Pero consideramos menos agresivo realizar al año con anestesia local la elevación de la misma o la reducción de su diámetro que dejar grandes cicatrices, o necrosis del pezón como en Thorek o dejar mamas grandes como en pedículo posteroinferior (sumado a sus cicatrices).

A su vez consideramos que en una mama hipertrófica sus medidas están distorsionadas y estiradas por el peso, hacia abajo y por el volumen en todo sentido. Una vez retirado este factor más la extraordinaria retracción de la piel mamaria, todas las medidas toman otra realidad y de por sí se eleva la areola.

Es por eso que no consideramos importante las medidas en centímetros sino adaptarnos a la realidad de cada mama y usar parámetros fijos como la proyección del surco submamario para medir el punto A. Logramos así resecar al mínimo de lo posible de piel, que es el secreto de nuestra técnica, junto a un preciso equilibrio con la resección mamaria.

Para aquellos que quisieran elevar aún más la areola se propone en esta técnica elevar el surco submamario entonces eliminamos en gran parte el problema de la ptosis.

En las mamas pequeñas el resultado es excelente.

Consideramos que la proyección del complejo areola pezón es la correcta, y está lograda por el acercamiento concéntrico del tejido mamario remanente y por la sutura en jareta en sí, orientando la cicatrización. La sutura intradérmica también contribuye a la proyección de la areola, evitando la *tomato breast appearance* del *round block*, que la zambulle.

Las complicaciones nunca son vitales: nunca habrá necrosis del complejo areola pezón.

La recuperación de la paciente es rápida.

Esta técnica es la abstracción de los elementos importantes en mastoplastias y logra sus grandes objetivos; apela a la intuición y arte del cirujano y atiende las inquietudes de la paciente.

Es una invitación a tener una nueva perspectiva en mastoplastias. No es nuestra intención convencer a los cirujanos de que esta técnica es la mejor ni competir con el resto de las mastoplastias, sino provocar un examen de conciencia sobre la elección de nuestras técnicas y desviar nuestra mirada hacia nuestra paciente... Puede ser que su mama gigante no merezca una pequeña cicatriz, pero ella sí. Nuestra intención es marcar una tendencia hacia la satisfacción completa cirujano-paciente. La técnica perfecta en mastoplastias hoy no existe; elijamos entonces la más simple, la que siempre perdone al complejo areola pezón y la que más satisfacciones dé a la paciente. Esta técnica reúne estas cualidades.

Pensamos algunas preguntas para hacer a los cirujanos plásticos: ¿Qué respondería la paciente si le proponemos solucionarle el problema con una pequeña cicatriz?

¿Es coherente en pacientes con problemas de columna, baja calidad de vida discutir si su mama estará parada?

Resumiendo, esta técnica se propone como excelente salida para las mastoplastias estéticas y como otra opción en gigantomastias cuando en nuestras mentes sólo queden Thorek y mastoplastia a pedículo posteroinferior.

En cirugía plástica todo evoluciona hacia la perfección y la simplicidad. Creo que estamos en ese camino, quedaría pendiente avanzar hacia suturas más resistentes y que no interfieran en los estudios mamarios.

Como cirujanos plásticos, no tenemos permitido empeorar la situación de nuestra paciente. La cicatriz periareolar se puede retocar, el diámetro de la areola se puede disminuir pero una cicatriz larga en T ni vertical se puede acortar.

Estamos de acuerdo con Lassus, que afirma categóricamente que la longitud de la cicatriz NO garantiza la forma de la mama ni su duración en el tiempo, y presenta casos a 30 años de evolución con su técnica vertical.

Consideramos que no debe ser el cirujano el que diga "a mí no me gustan las areolas grandes". Ahora, en el siglo XXI es la paciente que elige y pondrá en la balanza las alternativas, sabiendo que su diámetro podrá ser disminuido. A su vez, las medidas están estiradas en una mama hipertrófica. Al sacarle el volumen, la areola que medía 7 cm quizá medirá 2 cm menos. A su vez la sutura de esta técnica limita su expansión ya que hace partícipe a la areola.

En cuanto a su indicación es para todas las hipertrofias mamarias ya que compensa en la areola lo que iría hacia una vertical y horizontal, "aprovechando" su diámetro, la retracción de la piel y la forma de la mama prequirúrgica.

Debemos pensar como cirujanos plásticos, no como cirujanos generales. La paciente es protagonista y merece poder elegir una técnica que disminuya las cicatrices, tanto horizontal como vertical. Las mastoplastias de cicatriz reducida deben ser hacia la areola ya que en una T invertida con una horizontal de buena calidad, la vertical es la visible. Estaría sólo eliminando la posibilidad de que- loides en la horizontal.

Las técnicas factibles son las que garantizan el avance en cirugía plástica, como preconizan grandes profesores, entre ellos el Profesor Ivo Pitanguy.

BIBLIOGRAFÍA

1. Auclair E, Mitz V. Repair of mammary ptosis by insertion of an internal absorbable support and periareolar scar. *Service de Chirurgie Plastique, Hopital Boucicaud, Paris. Ann Chir Plast Esthet.* 1993 Feb;38(1):107-13
2. Baran CN, Peker F, Ortak T, Sensoz O, Baran NK. Unsatisfactory results of periareolar mastopexy with or without augmentation and reduction mammoplasty: enlarged areola with flattened nipple. *Aesthetic Plast Surg.* 2001 Jul-Aug;25(4):286-9.
3. Bass CB. Herniated areolar complex. *Ann Plast Surg.* 1978 Jul;1(4):402-6
4. Beer GM, Morgenthaler W, Spicher I, Meyer VE. Institute of Hand, Plastic and Reconstructive Surgery, University Hospital Zurich, Zurich, Switzerland. Modifications in vertical scar breast reduction. *Br J Plast Surg.* 2001 Jun;54(4):341-7.
5. de Benito J, Sanza IF. Centro de Cirugia Estetica, Clinica Quiron, Barcelona, Spain. Periareolar techniques for mammary reduction and elevation. *Aesthetic Plast Surg.* 1993 Fall;17(4):311-6.
6. Berthe JV, Massaut J, Greuse M, Coessens B, De Mey A. Department of Plastic and Reconstructive Surgery, Brugmann University Hospital, Brussels, Belgium. The vertical mammoplasty: a reappraisal of the technique and its complications. *Plast Reconstr Surg.* 2003 Jun;111(7):2192-9; discussion 2200-2.
7. Blomqvist L, Eriksson A, Brandberg Y. Reduction mammoplasty provides long-term improvement in health status and quality of life. *Plast Reconstr Surg.* 2000 Oct;106(5):991-7.
8. Bustos RA. Periareolar mammoplasty with silicone supporting lamina. *Plast Reconstr Surg.* 1992 Apr;89(4):646-57; discussion 658-659.
9. Casas LA, Byun MY, Depoli PA. Division of Plastic and Reconstructive Surgery at Northwestern University Medical School, Evanston. Maximizing breast projection after free-nipple-graft reduction mammoplasty. *Plast Reconstr Surg.* 2001 Apr 1;107(4):955-60.
10. Chang P, Shaaban AF, Canady JW, Ricciardelli EJ, Cram AE. Department of Surgery, University of Iowa College of Medicine, Iowa City, USA. - Reduction mammoplasty: the results of avoiding nipple-areolar amputation in cases of extreme hypertrophy. *Ann Plast Surg.* 1996 Dec;37(6):585-91.
11. Courtiss EH. Department of Surgery, Newton-Wellesley Hospital. Newton Lower Falls, Mass. Reduction mammoplasty by suction alone. *Plast Reconstr Surg.* 1993 Dec;92(7):1276-84; discussion 1285-9.
12. de la Fuente A, Martin del Yerro JL. Periareolar mastopexy with mammary implants. *Aesthetic Plast Surg.* 1992 Fall;16(4):337-41.
13. Deutinger M, Kuzbari R, Deutinger J, Freilinger G. Abteilung für Plastische Chirurgie, II. Chirurg. Univ. Klinik, Wien. Minimizing scar expansion using the B technique in form correction of the breast. *Geburtshilfe Frauenheilkd.* 1993 Nov;53(11):768-71.
14. Dinner MI, Artz JS, Foglietti MA. Center for Plastic Surgery, Inc., Cleveland, OH 44122. Application and modification of the circular skin excision and pursestring procedures. *Aesthetic Plast Surg.* 1993 Fall;17(4):301-9.
15. Eed MD. A new personal surgical procedure for breast reduction and lifting. *Aesthetic Plast Surg.* 2000 May-Jun;24(3):206-11.
16. Fayman MS, Potgieter E, Becker PJ. Rosebank Clinic and the Division of Plastic and Reconstructive Surgery, University of the Witwatersrand, Johannesburg, South Africa. Outcome study: periareolar mammoplasty patients' perspective. *Plast Reconstr Surg.* 2003 Feb;111(2):676-84; discussion 685-7
17. Ferreira MC, Ishida J, Gemperli R, Besteiro JM, Monteiro Junior AA, Tuma Junior P. Disciplina de Cirurgia Plastica, Faculdade de Medicina, Universidade de Sao Paulo. Reduction mammoplasty with shortened scars: surgical technique. *Rev Hosp Clin Fac Med Sao Paulo.* 1995;50 Suppl:22-4.
18. Frey MA. A new technique of reduction mammoplasty: dermis suspension and elimination of medial scars. *Br J Plast Surg.* 1999 Jan;52(1):45-51.
19. Gasperoni C, Salgarello M, Gasperoni P. Plastic Surgery Center, Casa di Cura Quisisana, Rome, Italy. - A personal technique: mammoplasty with J scar. *Ann Plast Surg.* 2002 Feb;48(2):124-30
20. Goes JC. Brazilian Institute for Cancer Control. Periareolar mammoplasty: double skin technique with application of polyglactine or mixed mesh. *Plast Reconstr Surg.* 1996 Apr;97(5):959-68
21. Greenbaum AR, Heslop T, Morris J, Dunn KW. An investigation of the suitability of bra fit in women referred for reduction mammoplasty. *Br J Plast Surg.* 2003 Apr;56(3):230-6.
22. Gruber RP, Jones HW Jr. The "donut" mastopexy: indications and complications. *Plast Reconstr Surg.* 1980 Jan;65(1):34-8
23. Gyskiewicz JM, Hatfield AS. "Zigzag" wavy-line periareolar incision. - *Plast Reconstr Surg.* 2002 Dec;110(7):1778-83; discussion 1784
24. Gulyas G. Mammoplasty with a periareolar dermal cloak for glandular support. *Aesthetic Plast Surg.* 1999 May-Jun;23(3):164-9
25. Hall-Findlay EJ. Mineral Springs Hospital, Banff, Alberta, Canada. A simplified vertical reduction mammoplasty: shortening the learning curve. *Plast Reconstr Surg.* 1999 Sep;104(3):748-59; discussion 760-3
26. Hammond DC. Short scar periareolar inferior pedicle reduction (SPAIR) mammoplasty. *Plast Reconstr Surg.* 1999 Mar;103(3):890-901; discussion 902
27. Hammond DC. The Center for Breast and Body Contouring, Grand Rapids, MI 49546, USA. The SPAIR mammoplasty. *Clin Plast Surg.* 2002 Jul;29(3):411-21
28. Hinderer UT. Clinica Mirasierra, Calle de la Maso, 83 28034 Madrid, Spain. Circunareolar dermo-glandular plication: a new concept for correction of breast ptosis. *Aesthetic Plast Surg.* 2001 Nov-Dec;25(6):404-20.
29. Hinderer UT, del Rio JL. Clinica Mirasierra de Cirugia Plastica-Estetica, Madrid, Spain. Erich Lexer's mammoplasty. *Aesthetic Plast Surg.* 1992 Spring;16(2):101-7.
30. Horlock N, Cole RP, Rossi AR. The selection of patients for breast reduction: should health commissions have a say? - *Br J Plast Surg.* 1999 Mar;52(2):118-21.
31. Kater P. Reduction mammoplasty. *Plast Surg Nurs.* 1992;12:51-3, 60
32. Lee TJ, Eom JS. Department of Plastic Surgery, Asan Medical Center, Seoul, Korea. Periareolar reduction mammoplasty utilizing the inferior dermal pedicle. *Aesthetic Plast Surg.* 1999 Sep-Oct;23(5):331-6.
33. Lejour M. Vertical mammoplasty and liposuction of the breast. *Plast Reconstr Surg.* 1994 Jul;94(1):100-14.
34. Lejour M. Brussels, Belgium. Vertical mammoplasty as secondary surgery after other techniques. - *Aesthetic Plast Surg.* 1997 Nov-Dec;21(6):403-7.



35. Li S, Yang M, Li Y. Plastic Surgery Hospital, Chinese Academy of Medical Sciences, BaDaChu, Beijing 100041. The periareolar incision technique for reduction mammoplasty. - *Zhonghua Zheng Xing Shao Shang Wai Ke Za Zhi*. 1999 Jul;15(4):274-5
36. Marchac D, de Olarte G. Reduction mammoplasty and correction of ptosis with a short inframammary scar. *Plast Reconstr Surg*. 1982 Jan;69(1):45-55.
37. Marconi F. The dermal pursestring suture: a new technique for a short inframammary scar in reduction mammoplasty and dermal mastopexy. *Ann Plast Surg*. 1989 Jun;22(6):484-93; discussion 494.
38. Marconi F, Cavina C. Department of Plastic Surgery, St. Orsola-Malpighi Hospital, Bologna, Italy. Reduction mammoplasty and correction of ptosis: a personal technique. *Plast Reconstr Surg*. 1993 May;91(6):1046-56.
39. Matarasso A. Albert Einstein College of Medicine, New York NY 10028, USA. Suction mammoplasty: the use of suction lipectomy alone to reduce large breasts. *Clin Plast Surg*. 2002 Jul;29(3):433-43, vii.
40. Mottura AA. Circumvertical reduction mammoplasty. *Clin Plast Surg*. 2002 Jul;29(3):393-9.
41. Moufarrege R. Mammoplasty or the war of scars? *Ann Chir Plast Esthet*. 1991;36(1):23-5.
42. Nahabedian MY, McGibbon BM, Manson PN. Division of Plastic Surgery at Johns Hopkins Medical Institutions, Baltimore, MD 21287, USA. Medial pedicle reduction mammoplasty for severe mammary hypertrophy. *Plast Reconstr Surg*. 2000 Mar;105(3):896-904.
43. Qiao Q. Plastic Surgery Hospital of CAMS. Double-circle-incision for reduction mammoplasty. *Zhonghua Zheng Xing Shao Shang Wai Ke Za Zhi*. 1992 Sep;8(3):171-3, 246.
44. Ramatschi P, Muhlbauer W. Mastopexy with few scars *Langenbecks Arch Chir*. 1986;369:295-6.
45. Ramirez OM. School of Medicine, Johns Hopkins University, Baltimore, MD, USA. Reduction mammoplasty with the "owl" incision and no undermining. - *Plast Reconstr Surg*. 2002 Feb;109(2):512-22; discussion 523-4
46. Reno WT. Reduction mammoplasty with a circular folded pedicle technique. *Plast Reconstr Surg*. 1992 Jul;90(1):65-74; discussion 75-6.
47. Sampaio Goes JC. Brazilian Institute for Cancer Control, Sao Paulo, SP. Periareolar mammoplasty: double-skin technique with application of mesh support. *Clin Plast Surg*. 2002 Jul;29(3):349-64, v.
48. Schnur PL, Hoehn JG, Ilstrup DM, Cahoy MJ, Chu CP. Section of Plastic Surgery, Mayo Clinic Scottsdale, AZ 85259. Reduction mammoplasty: cosmetic or reconstructive procedure? *Ann Plast Surg*. 1991 Sep;27(3):232-7.
49. Selinger R. Cutaneous congruence in vertical scar mammoplasty with preservation of mammary base. Geometrical bases and initial study- *Ann Chir Plast Esthet*. 1996 Feb;41(1):11-24
50. Shakespeare V, Postle K. A qualitative study of patients' views on the effects of breast-reduction surgery: a 2-year follow-up survey. *Br J Plast Surg*. 1999 Apr;52(3):198-204.
51. Shin KS, Chung S, Lee HK, Lew JD. Department of Plastic and Reconstructive Surgery, Yonsei University College of Medicine, Severance Hospital, Seoul, South Korea. Reduction mammoplasty by central pedicle flap with short submammary scar. *Aesthetic Plast Surg*. 1996 Winter;20(1):69-76.
52. Shin KS, Lee HK, Chung S, Lew JD. Department of Plastic and Reconstructive Surgery, Yonsei University College of Medicine, Severance Hospital, Seoul, Korea. Reduction mammoplasty with the short submammary scar (S-S-S) technique. *Aesthetic Plast Surg*. 1992 Spring;16(2):109-15
53. Van Thienen CE. Clinica Van Thienen, Buenos Aires, Argentina. Areolar vertical approach (AVA) mammoplasty: Lejour's technique evolution. *Clin Plast Surg*. 2002 Jul;29(3):365-77
54. Yousif NJ, Larson DL, Sanger JR, Matloub HS. Department of Plastic and Reconstructive Surgery, Medical College of Wisconsin, Milwaukee. Elimination of the vertical scar in reduction mammoplasty. *Plast Reconstr Surg*. 1992 Mar;89(3):459-67; discussion 468.
55. Zou J, Lin F, Jiang Z. Reduction mammoplasty *Hua Xi Yi Ke Da Xue Xue Bao*. 1992 Jun;23(2):227-9.



GUSTAVO SANVENERO ROSSELLI

LA CALIDEZ DE UN GRAN MAESTRO

Carlos Alberto Aliseri

El motivo de este trabajo es contribuir al conocimiento sobre G. Sanvenero Rosselli, en particular en la faz humana y su legado, hoy en las merecidas manos de su sobrino Riccardo Mazzola. La faz profesional es conocida por todos como uno de los mejores maestros que distinguieron la especialidad.

Me permite este privilegio el haber estado un año junto a Sanvenero y sus excelentes colaboradores, en particular con Luigi Fittipaldi, disfrutando su calidez y enseñanza.

En el último Congreso Argentino de Cirugía Plástica, que se realizó en Buenos Aires entre el 2 y el 5 de abril de 2008, el Dr. Riccardo Mazzola (Prof. de la Universidad de Milán, ex presidente de la Sociedad Europea de CP), invitado especial a este evento, ofreció una conferencia, que presidió María Cristina Picón, sobre "Gustavo Sanvenero Rosselli y la Cirugía Plástica", destacando sus vínculos con Argentina.

Sanvenero se distinguió en el comienzo de la especialidad junto con otros grandes (Gillis, J. Webster, McIndoe, Maliniac, Converse, etc.), formando con ellos un vínculo de trabajo basado en la pasión y la profesionalidad, que construyeron pilares universales de la cirugía plástica moderna, tan necesaria en la posguerra para poder asistir a aquellas personas que regresaban con graves deformidades por heridas, a las que se sumaron luego las malformaciones congénitas, las secuelas de quemados y otras partes del cuerpo, para que dentro de las posibilidades técnicas quirúrgicas volvieran a reintegrarse a la sociedad sin sentirse discriminados.

Fue nombrado Profesor de la Cátedra de Cirugía Reparadora de la Universidad de Milán, y ejerció su trabajo en el Pabellón del Mutilado de la Cara (Istituto di Chirurgia Plastica, Padiglione dei Mutilati del Viso), donde además de desarrollar su actividad asistencial y científica compartió sus conocimientos con vocación docente formando una escuela de la que salieron discípulos destacados como Tessier, Robbutti, Domenico Rosselli, Alberto Albertengo, etc.

En 1951 fue invitado a la Argentina, donando en esa oportunidad a la Universidad de Buenos Aires una copia de la primera edición del libro de Tagliacozzi. Hoy, esta valiosa obra puede verse en la biblioteca de la Facultad de Medicina.

Conocedor de la obra del maestro Lelio Zeno (Rosario), padre de la cirugía plástica en nuestro país, sumado a su amistad con los maestros Héctor Marino, Ernesto Malbec y posteriormente Alberto Albertengo y Fortunato Benaim, con quienes intercambió experiencias valiosas y a los que siempre tenía presentes con elogios, hacía que las referencias académicas sobre la Argentina no pudieran ser mejores. Por ello, Sanvenero distinguía preferencialmente a todo argentino que llegaba al Instituto. Uno de ellos fue Enrique Daroda, que estuvo completando su formación, dejando un excelente y afec-

tuoso recuerdo, continuándolo Horacio Pittis. Fueron muchos más los que tuvieron el privilegio de conocer a Sanvenero. Por ejemplo, Ortiz Monasterio, Ricardo Baroudi, distinguidos colegas a quienes apreció por su calidad y simpatía, manteniendo una gran amistad; mis disculpas por no poder nombrarlos a todos, pero estoy limitado a lo que conozco en este momento.

Al comienzo de mi formación, gracias a los consejos y gestión de mi primer maestro Alberto Albertengo, obtuve una beca por concurso que me brindó la oportunidad de estar un año en el Instituto y ser recibido con una calidez y amabilidad para las que no encuentro palabras para expresarlas; tanto que hoy, a pesar de la gran cantidad de importantes recuerdos, el que más valoro es la afabilidad de este hombre propio de los grandes de mente y corazón. No soy el único, porque esta experiencia es la misma que seguramente sintieron todos aquellos que han tenido la oportunidad de conocerlo.

Recuerdo que en uno de los primeros congresos maxilofaciales que se desarrolló en Venecia, el maestro se alejó de sus responsabilidades académicas, igual que un escolar travieso haciéndose una chupina en el colegio, para acompañarnos y enseñarnos la magia de Venecia, las huellas del paso de los hunos, los tesoros ocultos detrás del altar de San Pedro, el café de Cassanova, etc. ¡Qué maestro!

Otro colega que estuvo con Sanvenero, por gestión del maestro Benaim, es Aldo Motura, quien mercedamente ofició de comentarista en la conferencia. Al finalizar, Riccardo Mazzola me expresó lo mucho que valora la amistad con Aldo, a quien aprecia calificándolo como un "vero cavaliere".

Riccardo Mazzola sufrió la pérdida de sus padres en un accidente durante la guerra cuando era un niño de 6 meses. Su tío Sanvenero, hermano de su madre, lo acogió y educó con todo el amor de un padre, legándole su humanidad y conocimientos. Con Riccardo fuimos compañeros durante mi estadía en el Instituto, y juntos compartimos momentos inolvidables, como un viaje por Innsbruck y Salzburgo visitando centros de Cirugía Plástica.

Hoy, luego de mucho tiempo, nos reencontramos con Riccardo en este Congreso, por lo que agradezco al Dr. Ricardo Yohema la invitación que le hizo en esta oportunidad, con el beneplácito de otros distinguidos colegas y amigos. Me refero a Guillermo Flaherty, Julio Cianflone, Paulino Morales, Héctor Lanza, Claudio Angrigiani y Pedro Dogliotti, que tendrían mucho para contarnos y esta nota hubiese sido realmente más interesante.

Durante la conferencia, Riccardo nos fascinó en el contenido por el ejemplo de vida de Sanvenero, sobre lo humano, profesional, personajes de la especialidad, formación de discípulos, documentación histórica y su biblioteca, considerada la más importante en la especialidad, con aquellos volúmenes que deberíamos llamar libros tesoro. Y esto no sólo por sus costos (algunos superan los



100.000 euros), sino por su contenido, que como nos mostró Riccardo **“no existe desarrollo alguno, aun la más avanzada medicina actual, que no posea un embrión de la medicina del pasado”**, a lo que se suma que los mejores artistas del Renacimiento, el mismo Miguel Angel, Tintoretto, sus mejores discípulos como Luca Pacioli y otros, fueron llamados para dibujar las ilustraciones de estos libros de los siglos XIV, XV, XVI y XVII. Quizás pasaron por las manos de Andrea Vesalio (1514-1564) que fue profesor de Anatomía en Padua, a quien le continuó Mateo Renaldo Colombo (1516-1559), en una época donde anatomistas corrían el riesgo de ser acusados por los tribunales de la Inquisición de herejes y sentenciados a ser quemados vivos en hogueras con leños verdes para “prolongar la agonía”, según evoca el escritor Federico Andá-hazi en la premiada novela “El Anatomista”. Mateo Colombo fue sustituido por Gabriel Fallopio (1523-1562).

Los que tuvimos la suerte de presenciar la conferencia no olvidaremos la comparación de esos antiguos libros que por sus hermosas encuadernaciones, el tacto del papel y el perfume evocativo de la tinta, como dijo Riccardo, **“seducen como bellas mujeres estimulando todos los sentidos”**.

Por lo tanto, quien tenga la posibilidad de estar en Milán, no olvi-

den de visitar la espléndida biblioteca, única en su contenido, que serán bienvenidos por Riccardo, que con gusto compartirá con Uds. todo esto y mucho más.

Parte del legado es sentirnos orgullosos de la especialidad que hemos elegido, ya sea por el daño que repara, la jerarquía de sus maestros, la diversidad de desafíos, el arte y romanticismo que posee como ninguna otra; por lo tanto, cuidémosla.

COLABORACIONES:

- *Alberto D’Ottavio, profesor de Histología e Integrante del Consejo de Investigaciones de la Universidad Nacional de Rosario, por los datos que obtuve sobre su publicación: “Médicos y Profetas en la Agonía de Enrique II”.*
- *Luis Inchaurreaga, profesor de la Cátedra de Cirugía Plástica de la Universidad Nacional de Rosario, Cirujano Maestro y distinguido amigo.*

Nota: aconsejo ver el DVD (grabado por GTV Comunicación): Master 23, titulado “Berlín y la Cirugía Plástica”, correspondiente al último Congreso Argentino de Cirugía Plástica.



LA EDAD DE ORO DE LOS MAYORES

Madeleine Lejour

El artículo que sigue fue escrito por la Dra. Madeleine Lejour antes de retirarse de su actividad de cirujana plástica. Nuestro contacto con ella fue el año pasado, cuando la invitamos a ser una de las disertantes del Simposio de la SCPBA del mes de octubre próximo. Ahí me dijo que su retiro de la actividad era total y que nos agradecía la invitación, declinando su concurrencia.

Luego de intercambiar algunos e-mails donde comentaba lo feliz que se encontraba en su retiro, ella ofreció enviarme el artículo que había sido publicado en uno de los editoriales del *Plastic & Reconstructive Surgery Journal* (el PRS para nosotros) para su lectura. Luego de leerlo le ofrecí traducirlo al español y re-publicarlo (si existe el término) en ese idioma en la revista de la SACPER. Estuvo de acuerdo, y si bien manifestó que por ahí debíamos solicitar permiso al PRS, también estuvo de acuerdo en que no iba a ser problema si no lo pedíamos.

Después de algo más de dos décadas en la especialidad, creo que siempre hay colegas cercanos a la época de su retiro de la actividad y les puede resultar de interés.

Ofrecemos a los lectores el artículo traducido de "The Golden age of seniors". Esperamos que sea de su agrado. Saludos

Dr. Eduardo Marchioni

A nadie le gusta encarar el retiro, y muchos no lo preparan siquiera. Sin embargo, la expectativa de vida se ha incrementado en 30 años durante el siglo XX, y muchos de nosotros viviremos una cuarta parte de nuestra vida después del retiro, en buena forma. Abuelos en buena situación física y con buen pasar viajan ahora por el mundo en vez de quedarse quietos en soleados paraísos artificiales. Y esto no está terminado aún: se calcula que la expectativa de vida se incrementa en un año cada cuatro años transcurridos y un bebé femenino de cada dos nacidas hoy ¡vivirá hasta los 100 años!. Cientos de años atrás la longevidad media era de 50 años, y los que llegaban a esa edad, eran viejos y tenían aspecto de viejos. A la edad de 40 años Sigmund Freud escribió que un hombre de 50 años ya no tenía agilidad mental, dicho esto sin saber que él mismo sería una afortunada excepción, ya que escribió sus mejores obras después de los 65 años. En 1905 William Osler declaró en su última conferencia en Johns Hopkins antes de su retiro, que los hombres mayores de 60 años ya no eran útiles y agregó como broma que esa debía ser la edad de retirarse, pasar luego un año en contemplación y luego ser clo-roformados. Esto, desde ya, no fue bien recibido por el público.

La situación de quienes se retiran hoy es más atractiva, están en buena forma, tienen mucho tiempo por delante y generalmente tienen una pensión o dinero ahorrado.

Es entonces muy reciente el descubrimiento que se llega a una edad dorada de mayor (senior). No será por supuesto, para siempre ya que crea un desafío para nosotros, las compañías de seguros, los gobiernos y nuestros niños:

- para nosotros, porque debemos estar preparados y no queremos pensar en ello
- para los empleadores y fondos de pensión, ya que el dinero no alcanzará para pagar pensiones tan prolongadas
- para los gobiernos, que deberán convencer a los ciudadanos de trabajar hasta los 70 años o más y organizarlo
- para nuestros hijos, porque nos heredarán si queda algún capital a la muerte de sus padres, para cuando ellos se retiren. En este tiempo quizá deban hacerse cargo de sus muy viejos padres si el número de geriátricos no se incrementa

En Alemania decidieron incrementar progresivamente la edad del retiro de 65 a 69 años, y el gobierno francés está luchando contra la ley que limita la semana laboral a 35 horas y enfrenta fuertes huelgas en cuanto trata de cambiarla. Mark Twain tenía razón efectivamente cuando dijo que la edad madura es tan larga que no debería comenzar tan temprano; eso fue hace un siglo, ¿qué diría ahora?

Las condiciones para un estallido social están aquí, y explotará más pronto de lo que creemos ya que la generación de post II Guerra Mundial está llegando a la edad de retiro y la siguiente generación no son suficientes para pagar por ellos.

Un factor agravante es el hecho de que, en nuestra cultura, los ancianos ya no son respetados, al contrario de las antiguas civilizaciones donde se consideraban los guardianes de las tradiciones y la sabiduría. Con el extraordinario desarrollo de las computadoras, Internet, etc. los abuelos son considerados extemporáneos, a pesar de poder brindar su experiencia en muchos campos. Me extraña que casi ningún amigo de mi edad (próximo a los 80) ¡no usen computadoras!

Curiosamente, es en la política donde no parece haber límites de edad, y la mayoría de los países están gobernados por ancianos, cuyas decisiones pueden llegar a ser catastróficas para millones de personas.

Finalmente, aunque esté a veces disfrazado en nuestra sociedad amante de la juventud y la belleza, cada uno de nosotros sabe que la edad madura significa una progresiva reducción de nuestras capacidades físicas e intelectuales, nuestra autonomía y nuestra alegría de vivir; nada muy atractivo, pero ¿por qué no tratar de disfrutar la vida lo mejor posible, el mayor tiempo posible? Esto debe ser organizado de antemano y pienso que muy pocos de nosotros lo hacemos con cuidado.

Para los cirujanos, la edad del retiro varía con el tipo de carrera y algunas consideraciones individuales. Hay reglas difíciles de establecer y de seguir, y el proceso de envejecimiento varía mucho de persona a persona. Para los que tienen una carrera de tiempo completo en hospital, muchas instituciones de Europa han elegido la solución más fácil: retiro para todos los que lleguen a 65



años. En los Estados Unidos, a los viejos profesores se les permite permanecer en el hospital y tener ciertas responsabilidades, lo que trae beneficios para el staff y para ellos; es una buena solución, siempre que conozcan sus límites. Tengo algunos malos recuerdos de algunos profesores, a quienes conocí en su época de gloria, quienes no podían dar un paso al costado y se dormían en eventos y conferencias transformándose en el objeto de burla de los jóvenes residentes. A veces para los que mantienen responsabilidades quirúrgicas en la edad madura puede ser algo dramático. ¿Recuerdan a Sauerbruch? Un gran profesor en Berlín, reconocido cirujano torácico desde antes de la II Guerra Mundial, desarrolló una demencia senil y se le permitió literalmente matar varios pacientes hasta que su disciplinado staff de cirujanos se atrevió a detenerlo. ¿Y qué de los cirujanos en práctica privada? ¿A qué edad se deben retirar? Es difícil de decidir y depende del propio cirujano. A la mayoría de nosotros nos gusta realizar intervenciones, querer a los pacientes agradecidos (olvide a los otros), querer fama y dinero y no perder la fuente de autoestima después del retiro; demasiadas razones para entrar en la edad madura. En el hospital privado donde terminé mi carrera, hay un profesor de Ginecología poderoso, exitoso y temido que se dedicó a la práctica privada después de los 65 cuando se retiró del hospital, y no fue sino hasta sus 85 años que los administradores del hospital lo instaron a dejar de operar. El problema con este tipo de hombres pretenciosos (las mujeres tienen un ego menor) es que creen sinceramente que son los mejores y nadie puede reemplazarlos. Los cirujanos que han sido modestos en su carrera probablemente permanezcan así en su etapa de retiro. Algunos cirujanos escrupulosos pueden inclusive dudar de continuar operando al envejecer. Tuve un amigo que era un excelente cirujano con una ética perfecta, y decidió que después de los 60 años no operaría, pero al llegar a esa edad se sentía tan bien que continuó haciéndolo. Más tarde me comentó que cada vez que tenía una complicación, se preguntaba si no era el responsable. Finalmente no tuvo mucho que decidir, ya que era un gran fumador y murió a la edad de 65 años.

Para concluir con este tema de la edad, voy a agregar que la edad de retiro es mejor aceptada por aquellos que tienen la oportunidad de decidir la fecha de retiro, esto les da una cierta sensación de control y probablemente los prepara para la transición. Entre los factores de adaptación para con el retiro creo que las principales cualidades requeridas son el entusiasmo y el optimismo. Algunos hobbies como la lectura, jardinería, el golf, la pintura, el bridge etc. son útiles y deben practicarse ya desde antes del retiro. Idealmente, el retiro debe ser progresivo. Teniendo una buena relación de pareja, una familia contenedora, buenos amigos, algún animal, ser activo físicamente, tener actividades sociales o de caridad, todo esto contribuye a la adaptación. Esto, por supuesto, requiere tiempo, y es especialmente dificultoso para los cirujanos, quienes están generalmente muy ocupados y entregan todo su tiempo más que nada a su trabajo. Escuché a algunas esposas de cirujanos bromear al respecto del retiro de sus esposos: "Nos casamos para bien o para mal, pero no para el retiro". Escuché también que, en Japón, muchas mujeres desarrollan estrés

ante el retiro de sus maridos. En Francia, de acuerdo a un reciente estudio, el 40% de los hombres de más de 60 años se divorcia. Con certeza, los hombres también sufren su retiro. Uno se preguntaba: "¿Puedo retirarme exitosamente de una profesión agotadora y estresante, y disfrutar un nuevo estilo de vida y un matrimonio viejo?"

El dinero es por supuesto un importante factor en el planeamiento del retiro. Aquellos que han tenido una carrera académica, como yo, deben saber que el dinero será escaso, especialmente en Europa. Algunos lo aceptan, algunos se las arreglan para modificar su actividad profesional si pueden. Recuerden que un cheque mensual de pensión tradicional hace sentir al individuo más seguro.

El requerimiento principal para un retiro adecuado es a veces pasado por alto por los jóvenes. Si Ud. le pregunta a un hombre o mujer joven (yo lo hice con mis nietos) "¿Cuál es el primer privilegio de la vida?" nadie piensa en la salud, y la buena salud no es apreciada hasta que los problemas aparecen.

Por supuesto, para disfrutar del retiro la salud es el mayor factor. Los fumadores y bebedores en exceso, los obesos, los que no hacen ningún deporte, no pueden esperar una edad madura feliz, es una cuestión de autocontrol y éste debe comenzar temprano en la vida. Ya hay suficientes problemas de salud inevitables.

Mi experiencia

Debo reconocer que no pensaba mucho en el retiro cuando estaba en actividad, pero, trabajando a tiempo completo en un hospital universitario, sabía que tendría una modesta pensión. En parte por esta razón, decidí dejar la universidad a los 62, para trabajar privadamente. Los siguientes 8 años de mi práctica privada fueron disfrutados y lucrativos, pero al retirarme a los 70 años después de reducir mi actividad quirúrgica los últimos 2 años, estaba feliz de hacer algo diferente, por varias razones:

- Las cirugías repetitivas, teniendo que lidiar con pacientes exigentes y aburridos, ya no se veían compensadas por el placer de ayudar a otros. Creo que la edad reduce la paciencia y muchas veces pensé: "¿Qué hago aquí?"
- Escucho que los pacientes demandan frecuentemente a los cirujanos. El Dr. McGorney dijo: "Cuando era joven mis pacientes me tenían miedo, ahora yo les tengo miedo a ellos". Mi amigo Claude Lassus me dijo hace unos años que, cuando un paciente nuevo se sentaba frente a él, veía a un potencial enemigo. Eso es algo con lo cual no quiero envejecer.
- He descubierto que cuando más envejecemos, nuestro rostro muestra más nuestra introspección, y una sonrisa natural es mucho más expresiva que la que el mejor de los liftings pueda producir. Si los candidatos a repetidas cirugías contra el envejecimiento entendieran esto, estarían mucho menos desesperados cuando finalmente la edad gana la batalla. Esto es algo que probablemente no debería decirle a los cirujanos plásticos...
- Mi madre solía decir que yo había abreviado la vida intelectual de mi país. Yo sabía que era cierto y estaba deseosa de ver nuevos horizontes.



Entonces, por todas estas razones, me retiré hace 8 años sin lamentarlo. Desde ahí, he viajado por el mundo, dediqué tiempo a mi familia y mis amigos, leí mucho, asistí a conferencias y conciertos, llené mi jardín con flores, estudié español y viví varios meses del año en una pequeña propiedad en España, donde puedo nadar bajo el sol casi todo el año y he sido muy feliz con mi nueva libertad.

Algo que incrementó mi deseo de disfrutar la vida fue la cena para recordar los 50 años de graduación médica (1952). Tuve un shock al ver algunos compañeros con aspecto de verdaderos viejos, caminando con la ayuda de un bastón y más cuando escuché la cantidad de compañeros que habían muerto ya. Aquí me dí cuenta que la vida tiene un final, y que cada minuto debe ser disfrutado... Yo lo hago y deseo que Ud. haga lo mismo.

CIRUGÍA ESTÉTICA O EL DIFÍCIL ARTE DE CURAR

Manuel Sarrabayrouse¹

1. Cirujano Plástico. Jefe Honorario del Servicio de Cirugía Plástica y Estética del Hospital Italiano de Buenos Aires. Docente Autorizado de UBA. Director de la Unidad Académica de Formación de Especialistas en Cirugía Plástica de la UBA.

Cuando en el juramento hipocrático los médicos nos comprometemos a respetar éticamente al paciente, aportando conocimientos, esfuerzo y una gran vocación en beneficio del ser humano, nunca pensamos que con el correr del tiempo, situados en el contexto de esta medicina despersonalizada que padecemos todos, médicos y pacientes nos encontraríamos enfrentados y a merced de un estado de sospecha.

La creatividad es uno de los talentos que debiera poseer quien se dedique a ejercer la Cirugía Plástica. Este don es el que nos permite, en un momento determinado y frente al paciente que lo requiera, adoptar alguna conducta con cierta dosis de audacia que, apartándose de caminos conocidos y convencionales, nos posibilita alcanzar el mejor resultado.

Estas heroicas actitudes, hoy día, tienden a ser reemplazadas por la elección del camino más corto y con menos espinas en pos de resultados estandarizados que, sin temor a equivocarme, calificaría de vulgarizadores de la belleza femenina actual.

Parafraseando al genial George Braque “amo la regla que corrige la emoción pero amo la emoción que corrige la regla”. Éste es, a mi entender, el verdadero avance de la medicina.

Transcurrido el tiempo, la medicina de la persona se ha transformado en la medicina del número. Palabras hasta hace poco desconocidas como cápsula y módulo han reemplazado al nombre y apellido del paciente. Si nos referimos a la elección, esta medicina sistematizada tiende a limitar el acto médico, es así que muchas veces el paciente no elige al médico y el médico no elige al paciente. Es sabido que en la interrelación se posibilita el conocimiento mutuo y de esa mutua elección surgirá la mejor relación médico-paciente, en donde el profesional podrá evaluar al paciente con más precisión y elegirá la táctica y la técnica adecuadas.

Una cirugía implica la conformación de un equipo quirúrgico multidisciplinario donde el cirujano es un engranaje más en un conjunto de profesionales idóneos, eficientes y altamente calificados. De esta conjunción surge el mejor posoperatorio y el resultado más seguro. El subestimar el recurso humano, el no elegir

el lugar adecuado, aquel que cuenta con los recursos tecnológicos con los que hoy disponemos, aumenta el riesgo quirúrgico.

Cuando leemos en los matutinos complicaciones que no debieran formar parte de las interurrencias que podrían estar presentes en una cirugía estética, debemos suponer que alguno de los factores que acabo de mencionar ha fallado.

La anestesiología ha evolucionado enormemente en los últimos años. La formación intelectual y académica de los anestesiólogos sumada a la evolución de las drogas anestésicas hacen innecesario el sufrimiento del paciente. Una anestesia general bien realizada es mucho más segura que una anestesia local realizada empíricamente en lugares inadecuados.

La formación humanística del cirujano plástico debe incluir conocimientos de psicología que le permitan discernir entre el paciente apto y aquellos otros que, con falsas expectativas, no podrán nunca alcanzar el resultado por ellos deseado.

Los artistas son libres en su creación, nosotros tenemos límites que son los biológicos y que debemos respetar. No se debe hacer de más, pero tampoco de menos. La sobreactuación en cirugía estética es sinónimo de mutilación. El mejor resultado es aquel que se aproxima a lo más difícil de conseguir que es imitar la naturaleza. Vivimos una “edad del trauma”, una edad de destrucción que necesita reparación. Los rostros desfigurados por accidentes, las secuelas de quemaduras, los traumatismos de guerras y otros males, hacen que la presencia del cirujano plástico cobre un valor inestimable en una sociedad moderna.

La cirugía estética no es vanidad. Solo tratamos de mejorar la imagen que tenemos de nosotros mismos para poder ser felices y conseguir vivir en paz con dicha imagen. El sentirse bien con uno mismo posibilita hacer felices a los otros.

Cuando ejercemos nuestra profesión con vocación de servicio, sólidos conocimientos, talento creativo, sumados a un gran amor al prójimo tenemos, sin lugar a dudas, la seguridad de hacer más fácil el difícil arte de curar.



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

39° CONGRESO ARGENTINO DE CIRUGÍA PLÁSTICA 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>

Estimado colega:

Le recordamos que el 30/10 es el último plazo para efectivizar la inscripción al 39° Congreso Argentino, a valores reducidos, teniendo como único requisito el estar al día con la cuota anual de

la SACPER. También queremos reiterar que el último plazo para la presentación de los trabajos libres será el 8/12/08. Todos los aspectos de organización y reglamentos del Congreso pueden ser vistos en nuestra página web.

Para realizar su inscripción deberá consultarnos por el e-mail **congresoargentino2009@yahoo.com.ar**, y responderemos a todos sus requerimientos.



Comité Organizador

Presidente de Honor

Dr. Leonardo Barletta +

Presidente

Dr. Claudio Ghilardi

Vicepresidente

Dr. Eduardo Aubone

Secretario

Dr. José Luis Soplán

Secretario Adjunto

Dr. Esteban Elena

Tesorero

Dr. Daniel Lafranconi

Protesorero

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

Secretaría de Residentes

Dr. Federico Aldaz

Desarrollo de Sesiones

Dr. Federico Meli

Dr. Gustavo Invierno

Dr. Osvaldo Elía

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 SACPER

Dr. Abel Chajchir

Dr. Carlos Caviglia Bosch

Dr. Jorge Herrera

Dr. Juan José Galli +

Dr. Julio Frontera Vaca

Dr. Rodolfo Ferrer

Invitados extranjeros

Al S. Aly (EE.UU.)

Alan Landecker (Brasil)

Carlos Oscar Uebel (Brasil)

Dimitri Panfilov (Alemania)

Enrique Pera Erro (Uruguay)

Enzo Citarella (Brasil)

Fernando Ortiz Monasterio (México)

Fernando Urdiales (España)

Françoise Firmin (Francia)

Flavio Saccomanno (Italia)

Jalma Jurado (Brasil)

Jorge Hidalgo (Perú)

Jose Tariki (Brasil)



Javier De Benito Mora (España)
 Lydia Masako Ferreira (Brasil)
 Oscar Ramírez (EE.UU.)
 Paolo Persichetti (Italia)
 Raul González (Brasil)
 Ricardo Baroudi (Brasil)
 Roberto Chem (Brasil)
 Rodrigo Fariña (Chile)
 Rómulo Guerrero (Ecuador)
 Ronaldo Pontes (Brasil)

Programa Científico

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 incorpora 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 hasta el 31/12/08	
Miembros Titulares de SACPER (*)	\$ 900
Miembros de Filiales	\$ 1200
Miembros de Soc. Extranjeras	US\$ 800
Miembros MERCOSUR y FILAPS	US\$ 600
Residentes o menos de 5 años recibido	\$ 200
Acompañantes	\$ 300
Asistentes no miembros	\$ 2000
Aranceles de Cursos y Encuentros con Expertos	\$ 100
* Con cuota societaria al día	

Eventos sociales y cursos incluidos en la inscripción				
	Cóctel Apertura	Noche Tío Curzio	Cena de Clausura	Cursos /E/ c Exp.

Titulares de SACPER	Sí	Sí	Sí	Sí
Miembros Filiales	Sí	Sí	No	No
Extranjeros MERCOSUR y FILAPS	Sí	Sí	Sí	Sí
Residentes	Sí	Sí	No	2
Acompañantes	Sí	Sí	No	-
No miembros	Sí	Sí	Sí	2

Contactos

Secretaría Científica: E-mail: congresoarg@ciudad.com.ar
Dr. Claudio Ghilardi: E-mail: icpghilardi@hotmail.com
Dr. José Luis Soplán: 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

CÁTEDRA DE CIRUGÍA PLÁSTICA Y REPARADORA

Profesor Titular Dr. Enrique P. Gagliardi

II Curso Superior Universitario Intensivo de Cirugía Estética

Director: Prof. Dr. Ricardo A. Romero

Coordinadores: Dra. Lorena V. González, Dr. José Nociti

Cuerpo Docente: Prof. Dr. Enrique P. Gagliardi, Prof. Dr. Ricardo A. Romero, Prof. Dr. Jorge A. Mitelman, Prof. Dr. José Giacomotti, Prof. Dr. Ricardo Yohena, Prof. Dr. César Nocito, Prof. Dr. Braulio Peralta, Prof. Dr. Rubén Rosati, Dr. Francisco Errea, Dr. Juan Carlos Ortega, Dr. Diego M. Capponi.

Módulos complementarios: Dr. Andrés Gregorie, Dr. Jorge O. Fernández, Lic. María Eva Picot y profesores invitados.

Dirigido a: médicos extranjeros especialistas en Cirugía Plástica o en formación residentes en el exterior.

Objetivos: brindar información de los últimos avances tecnológicos y científicos en Cirugía Plástica Estética, para su actualización a nivel superior. Además, tiene como objetivo la integración profesional a áreas culturales en su correlación con la Cirugía Plástica.

Programa:

- Módulo I: Estética Facial I
- Módulo II: Estética Facial II

- Módulo III: Estética Facial III
- Módulo IV: Estética Corporal I
- Módulo V: Estética Corporal II
- Módulo VI: Estética Corporal III
- Módulo VII: Estética Corporal IV
- Módulo VIII: Estética Corporal V
- Módulo IX: Arte y Estética
- Módulo X: Historia de la Estética Corporal
- Módulo XI: Fotografía
- Módulo XII: Comunicación

Modalidad:

La modalidad de desarrollo del curso es presencial, con actividades teóricas y asistencia a prácticas quirúrgicas.

Requisitos de admisión:

- Título de médico expedito por universidad extranjera. Fotocopia legalizada del diploma.
- Título de Médico Especialista en Cirugía Plástica.
- Evaluación de antecedentes y entrevista personal.
- En caso de médicos en formación, acreditar la concurrencia en la especialidad de Cirugía Plástica, en hospitales o establecimientos privados debidamente autorizados.
- Tener residencia en el extranjero.

Inscripción:

Hasta el 12 de junio de 2009.

Duración:

6 días.

Carga horaria:

100 horas.

Sedes y horarios:

- **Teóricos:** Facultad de Ciencias Médicas, UCA, de lunes a sábado de 9 a 20 horas.
- **Asistencia a actividades quirúrgicas:** a determinar.

Recepción de documentación:

A partir del mes de diciembre de 2008.

Entrevistas de ingreso:

El día de inicio, 13 de julio de 2009, de 12 a 14 horas.

Inicio:

13 de julio de 2009, a las 14 horas.

Finalización:

18 de julio de 2009.

Arancel:

U\$S 850 (con depósito bancario anticipado)

Matriculación:

Sin cargo.

Certificación:

Certificado de asistencia y aprobación con evaluación final.

Informes e inscripción:

Av. Alicia M. de Justo 1600 PB - CABA. Tel. 4349-0419/20

E-mail: csmedicas@uca.edu.ar; cirugiaestetica@uca.edu.ar

Lunes, miércoles y jueves de 12 a 20 horas.

Martes y viernes: de 9 a 20 horas.

CURSO SUPERIOR UNIVERSITARIO DE CIRUGÍA ESTÉTICA – UCA

Cátedra de Cirugía Plástica y Reparadora:
Profesor Titular Dr. Enrique P. Gagliardi

Director: Prof. Dr. Ricardo Alberto Romero

Coordinadores: Prof. Dr. Jorge Mitelman, Prof. Dr. David F. Dallarso, Dr. José Nociti y Dra. Lorena V. González

Dirigido a: médicos especialistas en cirugía plástica.

Modalidad: presencial con actividades teóricas y asistencia a prácticas quirúrgicas.

Carga horaria: 100 hs.

Recepción de documentación: a partir del 18/03/09

Entrevista de ingreso: 08/04/08- 18.00 hs.

Inicio: 15/04/09

Finalización: 25/11/09

Certificado de asistencia y aprobación con evaluación final.

Este curso otorga puntaje para recertificación.

Informes e inscripción:

Av. Alicia Moreau de Justo 1600- P.B. Tel: 4349-0419/ 20

E-mail: csmedicas@uca.edu.ar / cirugiaestetica@uca.edu.ar

Lunes, miércoles y jueves de 12 a 20 hs.

Martes y viernes de 9 a 20 hs.

www.uca.edu.ar

COMENTARIO

IV JORNADAS NACIONALES INTERDISCIPLINARIAS para el diagnóstico y tratamiento del niño con fisura labio-naso-alvéolo-palatina

En la Ciudad de San Miguel de Tucumán, el 22 y 23 de agosto, se llevaron a cabo las IV Jornadas del Centro de Referencia y Contrarreferencia para el tratamiento del niño con fisura labio-naso-alvéolo-palatina.

Convocaron para este evento la SACPER, la Sociedad Tucumana de Cirugía Plástica, la Federación Argentina de Colegios y Asociaciones de Fonoaudiólogos (FACAF) y la Confederación Odontológica de la República Argentina (CORA).

El Comité Científico local estuvo conformado de la siguiente manera: presidente, Dr. Hugo Vellice; vicepresidente, Dra. Sonia Del Valle Rosales; tesorera, Lic. María Eugenia Ovejero de Bazán; y vocales, Flga. Estela Torga de Castelli, Dr. Marcos Costilla y Dr. Luis Cimarosti.

La Comisión Directiva de la filial NOA, con su presidente, Dr. Roberto Serrano, e integrantes, los Dres. Miguel Corbella, Enrique Rusconi, Hugo Mayer, colaboraron estrechamente en la planificación del evento. Se presentaron 44 trabajos científicos, destacando la importancia del trabajo interdisciplinario para el tratamiento de esta patología.

También se trató el tema genético, anestésico, odontológico y fonoaudiológico, donde los oradores expusieron y mostraron sus experiencias.

Las Jornadas, realizadas en el Círculo Odontológico de Tucumán, fueron un éxito de intercambio científico y de concurrencia, con más de 180 participantes.



Se llevó a cabo una reunión plenaria, donde se ratificó la próxima sede en la Ciudad de Paraná, Entre Ríos, para los días 21 y 22 de agosto de 2009, en el Círculo Médico.

Se presentaron, para el año 2010, tres sedes: La Rioja, Mendoza-San Juan y Corrientes. Fue elegida por mayoría la Ciudad de La Rioja. Se decidió que en Paraná se elegirá la sede para el año 2011.

Se contó con la presencia de la presidenta de la Asociación Civil Argentina de Cirugía Infantil, Dra. Silvia Soler, quien se mostró muy intere-

sada en participar personalmente y en nombre de la Asociación que representa, en el Centro de Referencia y las Jornadas.

Se plantearon, en algunas zonas, problemas con la especialidad de Odontología y especialistas maxilofaciales que operan niños con fisuras sin asistencia de cirujanos plásticos o infantiles. El tema será estudiado por una comisión integrada por representantes de SACPER (Dr. Carlos Perroni), del CORA (Dra. Buscaglia) y de Cirugía Infantil (Dra. Soler).

Felicitemos profundamente a los organizadores por el éxito obtenido.

NOTICIAS FILIALES

SOCIEDAD DE CIRUGÍA PLÁSTICA DE BUENOS AIRES

Diciembre

Actividad Científica 2008

Octubre

Martes 7 de octubre, 21 hs. AMA

Sesión Trabajos Cirujanos Plásticos Junior I

Temas:

“Tumores de piel. A propósito de un caso”

“Envejecimiento facial. A propósito de un caso”

Jurado: Dres. Horacio García Igarza, Luis Margaride y Manuel Sarabayrouse.

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

Noviembre

Martes 4 de noviembre, 21 hs. AMA

Sesión Trabajos Cirujanos Plásticos Junior II (Salón P. B.)

Martes 18 de noviembre, 21 hs. AMA

Sesión de Homenajes a Ex presidentes

Homenaje 2008: Dr. Pedro Mugaburu

Presentadores: Dres. Gustavo Ronchi y Marcelo Stambulsky

Martes 2 de diciembre, 21 hs. AMA

Sesión de Trabajos a Premio

Jurado: Dres. Abel Chajchir, Enrique Gagliardi y Manuel Viñal

Examen a Miembro Titular (Salón Entrepiso)

Sesión Trabajos Cirujanos Plásticos Junior II (Salón P. B.)

Torneo de Golf. Lagartos Country Club

SOCIEDAD DE CIRUGÍA PLÁSTICA DE CÓRDOBA

Curso

Internacional Quirúrgico de

CIRUGIA PLÁSTICA

EN VIVO

Cronograma de actividades 2008

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

Para mayor información se recomienda ingresar a la siguiente página Web.: www.cursointernacionaldecirugiaestetica.com

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