

REVISTA ARGENTINA DE

# Cirugía Plástica

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



ASOCIACIÓN MÉDICA ARGENTINA

---

VOLUMEN XV | NÚMERO 1 | AÑO 2009



## 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 (IP-

RAS)

Dr. Carlos Reilly (Cono Sur)

Dr. Jorge Buquet (Cono Sur)

Dr. Juan Seiler (ISAPS)

Dr. Guillermo Vázquez (Capí-

tulo FILACP)

Dr. Juan Carlos Rodríguez

(Capítulo FILACP)

### Comité de Recertificación

*Presidente:*

Dr. Julio Luis Cianflone

*Secretario:*

Dr. Jorge Alberto Herrera

*Vocales:*

Dr. Jorge Alberto Buquet

Dr. Alfredo J. Pardina

Dra. Martha Olga Mogliani

Dr. Pedro Luis Dogliotti

*Rep. de Comisión Directiva:*

Dr. José Francisco Nociti

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

*Asesor*

Dr. Rodolfo Ramón Rojas

*Director General*

Dr. Carlos Alberto Perroni

*Coordinadora de Campaña*

Dra. Martha Mogliani

*Coordinadora Científica* Dra.

Paulina Iwanyk

*Secretaria*

Dra. Mirta Susana Moreno

*Tesorero*

Dr. Sergio Mario Korzin

(SACPER)

*Relaciones Públicas*

Dr. Sergio Marcelo Polichela

### Representantes Regionales

*Buenos Aires:*

Dra. Mirta Moreno

*La Plata:*

Dr. Carlos Perroni

*Nordeste:*

Dr. Dante Masedo

*Tucumán:*

Dr. Miguel Corbella

### Comisión de Admisión de Trabajos a Premio

Vicepresidente SACPER

Secretario General SACPER

Prosecretario General

SACPER

### Comisión Asesora de Congresos

Dr. Abel Chajchir

Dr. Enrique Pedro Gagliardi

Dr. Horacio A. García Igarza

Dr. Luis Alberto Margaride

Dr. Carlos Rodríguez Pey-

loubet

### Videoteca

Dr. Justo La Torre Vizcarra Dr.

Fernando Tuccillo

### Relaciones con Filiales

Dr. Carlos Alberto Perroni

Dra. Sandra Filiciani

### Parlamentario

Dr. Carlos Rey

### Secretario de Difusión y Relaciones:

Dr. Francisco Famá



## COMITÉ DE REDACCIÓN

### Director

Dr. Víctor Vassaro

### 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)

## 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: Dra. Sandra Filiciani

Vicepresidente: Dr. Carlos Zavalla

Secretario Gral: Dr. Guillermo Iturraspe

**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 Suviria 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.

Inscrita en el Boletín de OPS/OMS.

Los trabajos de esta Revista se incluyen en la BASE DE DATOS MÉDICA LILACS, en la SOCIEDAD IBEROAMERICANA DE INFORMACIÓN CIENTÍFICA (Buenos Aires, Argentina).

La Revista Argentina de Cirugía Plástica es una publicación de la Sociedad Argentina de Cirugía Plástica, Estética y Reparadora.  
Comité de Redacción: Dra. Martha Mogliani. Av. Santa Fe 3401 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

---

¿QUÉ SIGNIFICA CAPACITARSE?	12
EFICACIA Y SEGURIDAD EN EL TRATAMIENTO CONSERVADOR DE CICATRICES HIPERTRÓFICAS Y QUELOIDES CON HEPARINA, EXTRACTO CEPAE Y ALANTOÍNA <i>Manuel Viñal, Luis Ginesin, Claudio Saladino</i>	13
MASTOPLASTIA DE AUMENTO RETROMUSCULAR CON DISECCIÓN EN DOS PLANOS <i>Juan Carlos Vila, Nicolás Martín Vila</i>	18
LOS MICROTRAUMATISMOS COMO ETIOLOGÍA DEL SEROMA TARDÍO EN LA MASTOPLASTIA DE AUMENTO <i>Guillermo Vázquez, Andrea Pellón, Fritz Audouin</i>	24
RECONSTRUCCIÓN DE LABIO CON COLGAJOS COMBINADOS. A PROPÓSITO DE UN CASO <i>Walter Pompeo, Claudia Pernecco, Felipe Estévez</i>	27
NOTICIAS SACPER	32
NOTICIAS REGIONALES	36
REGLAMENTO DE PUBLICACIONES	41

## ¿QUÉ SIGNIFICA CAPACITARSE?

---

*Es dar cabida en la mente a elementos de aprendizaje, ejercitación, adiestramiento, que nos habilitan para desempeñarnos con idoneidad, calidad, decisión para posicionarse frente a cualquier emergencia.*

*El **aprendizaje** es la base de la capacitación. Al construir un edificio (capacitación) se necesita, para asegurar su solidez y estabilidad, conocer el terreno sobre el cual se van a levantar los cimientos. Con igual lógica podemos decir que la obtención del “título de cirujano plástico” debe basarse en un exhaustivo aprendizaje. En general, tenemos propensión hacia lo fácil y lo de obtención rápida, y suponemos que igual lograremos el ansiado “título”; pero esta falta de profundidad en el conocimiento nos llevará a dificultades para enfrentar eventuales situaciones de riesgo y complicación. La falta de un profundo aprendizaje nos llevará a la ineptitud para solucionar con éxito las demandas de nuestros pacientes.*

*El **adiestramiento** es uno de los ejercicios de la capacitación. Con éste aumentamos la agilidad mental, que nos permite, ante una dificultad, tener como mínimo 2 o más opciones para su resolución.*

*La **ejercitación**: la cirugía plástica es una especialidad donde el hacer y la práctica son fundamentales, además del conocimiento científico esencial. Cada día esta parte de la capacitación está más limitada para los que aspiran a ser cirujanos plásticos. Por diversas razones de orden administrativo, es difícil que un principiante tenga acceso a poder llevar a cabo numerosas y variadas técnicas quirúrgicas, a las que conoce por haberlas estudiado, pero no puede llevarlas a la práctica en un paciente. Esto hace que la formación y la capacitación sean incompletas.*

*En cirugía no existe todavía un “simulador” en el cual el futuro cirujano pueda realizar una técnica quirúrgica donde se simulen diferentes complicaciones y él, con su bagaje de conocimientos, pueda resolverlas; tal ejercitación en simulador evitara eventuales perjuicios para el paciente.*

*Otras disciplinas o profesiones sí cuentan con estos elementos, lo que permite a los que acceden a estos ejercicios de simulación, poder llevar a cabo maniobras que ayuden a resolver las dificultades exitosamente. Nuestro cerebro es como un ordenador: almacena en una memoria muy amplia un conjunto de instrucciones lo suficientemente largas para aprender por experiencia. En nuestra profesión esa experiencia lleva años adquirirla.*

*Creo que éstas y otras causas, como la presión que ejerce el medio ambiente contrario y poco propicio para desarrollar las aspiraciones de aprendizaje y superación, son las causales de que muchos de nuestros jóvenes muy bien formados científicamente decidan dejar la parte quirúrgica de nuestra especialidad, para dedicarse al manejo de diferente aparatología y procedimientos de tipo cosmetológicos; podemos pensar que son las circunstancias las que los empujan, pero también se puede decir que la elección se basa en la simpleza y el menor riesgo.*

*Desde la posición de experimentados cirujanos plásticos podemos juzgar esta manera de accionar de nuestros colegas más jóvenes, sin olvidarnos la diferencia que hay en los hospitales de hoy con los de nuestra época, donde la ejercitación era cotidiana, a diferencia de ahora.*

*Breguemos por la búsqueda de la simulación en la ejercitación, apelemos a la creatividad de los ingenieros en sistemas a fin de que se aboquen a su creación para suplir esta falencia en la capacitación de nuestros jóvenes, porque el potencial de la creatividad está siempre presente.*

*“En toda obra genial reconocemos nuestros propios pensamientos rechazados.”*

**Dra. Martha O. Mogliani**  
(Editora)

# EFICACIA Y SEGURIDAD EN EL TRATAMIENTO CONSERVADOR DE CICATRICES HIPERTRÓFICAS Y QUELOIDES CON HEPARINA, EXTRACTO CEPAE Y ALANTOÍNA

Manuel Viñal<sup>1</sup>, Luis Ginesin<sup>1</sup>, Claudio Saladino<sup>1</sup>

1. Servicio de Cirugía Plástica, Hospital General de Agudos "J. M. Ramos Mejía", Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

## RESUMEN

Con el objetivo de evaluar la eficacia clínica de un producto compuesto por heparina sódica 50 UI, *Allium cepae* 10%, alantoína 1% (Contractubex®) en la evolución de cicatrices patológicas, se realizó un ensayo abierto en un solo centro de la Ciudad de Buenos Aires. La muestra incluyó a 50 pacientes que presentaban cicatrices no fisiológicas (hipertróficas y queloides) producto de cirugías estéticas o reconstructivas. Luego de un período de seis meses de tratamiento se controló su resultado mediante el análisis morfológico de la cicatriz y la intensidad de los síntomas acompañantes. Al completar la terapia de tres aplicaciones diarias del compuesto, se evidenció una reducción promedio del 33,3% del ancho y 42,7% de la altura de la lesión.

Se modificó de manera significativa la coloración anormal, la consistencia y la tensión. Asimismo se evidenció una notable disminución de los síntomas, tales como prurito, dolor, disestesia y ardor. El criterio de éxito terapéutico fue calificado como muy bueno (44% de los casos) o bueno (46%) por parte de los investigadores. La tolerancia al tratamiento se consideró buena o muy buena en la mayoría de los casos (92%). El resultado satisfactorio de este ensayo estaría vinculado al efecto antiinflamatorio, antiproliferativo e inhibitorio de la síntesis de matriz extracelular que se logra por la acción combinada de los principios activos del Contractubex® en cicatrices patológicas luego de cirugías plásticas y reconstructivas.

**Palabras clave:** cicatrices hipertróficas, queloides, Contractubex® gel, heparina, alantoína, extracto cepae.

## INTRODUCCIÓN

La cicatriz constituye la señal de que se ha producido una lesión en la piel. La valoración subjetiva de la persona que la porta puede transformarla en un estigma doloroso. Si bien la situación ideal es la prevención de la cicatriz, existen en la actualidad formas de mejorarla, tanto en su aspecto estético como funcional, una vez que se ha producido. Las cicatrices aparecen en el transcurso de un intento de reparación –en sucesivas etapas de inflamación, proliferación y remodelación– luego de lesiones mecánicas, químicas, térmicas, por dermatopatías destructivas o infecciones.

Las cicatrices han sido clasificadas como fisiológicas –no pueden ser mejoradas estéticamente, no afectan la movilidad y no provocan dolor– o no fisiológicas (patológicas). Dentro de la categoría de las cicatrices patológicas, vale la pena distinguir las formaciones queloides de las hipertróficas. El queloide puede aparecer uno o dos meses luego de la herida y se extiende de forma proliferativa más allá del borde –en “pinzas de cangrejo”– mientras que la forma hipertrófica se presenta abultada pero no supera dicho límite. Una característica diferencial de ambos tipos de cicatriz es que las de tipo hipertrófico pueden mejorar con el tiempo e incluso remitir en un plazo de uno a dos años; en cambio, el queloide, permanece inalterable una vez que se ha formado. Los queloides suelen formarse luego de quemaduras, especialmente en sitios como el esternón, espalda y cresta tibial, que son zonas corporales sometidas a grandes tensiones cutáneas. Las mujeres y los jóvenes muestran una tendencia mayor a la formación de este tipo de cicatrices, también las personas de piel oscura y aquellas con predis-

posición genética. Son otros factores predisponentes el síndrome de Down, síndrome de Ehlers Danlos y la esclerodermia. El tabaquismo, la radioterapia, algunos estados de inmunodeficiencia y la ingesta de ciertos fármacos –ácido acetilsalicílico, isotretinoína– también favorecen la aparición de cicatrices patológicas.

Respecto de las cicatrices que quedan luego de las cirugías, la primera medida de prevención es la técnica quirúrgica. Es importante evitar la isquemia, ser cuidadoso con la tensión producida, la inmovilización de la herida, el retiro del material de sutura en el plazo adecuado y la prevención de las infecciones.

Los enfoques terapéuticos para las cicatrices no fisiológicas incluyen las medidas conservadoras –como primera opción– y las invasivas como alternativa. El tratamiento conservador abarca diversas opciones como los vendajes compresivos y los apósitos de hojas de gel de silicona. Ninguna de estas medidas ha demostrado un resultado óptimo.<sup>1</sup> El enfoque terapéutico invasivo contempla cirugía (asociada con cierta tasa de recurrencias), crioterapia, dermoabrasión, laserterapia e inyección de corticoides intralesionales, entre otros métodos.

En el Servicio de Cirugía Plástica del Hospital “J. M. Ramos Mejía” de la Ciudad de Buenos Aires, se implementó un ensayo para evaluar la eficacia de un tratamiento tópico para las cicatrices no fisiológicas de hasta seis meses de antigüedad. La terapia consistió en la aplicación de un producto que combina las propiedades de tres componentes activos: heparina sódica, alantoína y extracto de cebolla (*Allium cepae*). El mecanismo de acción de esta combinación se relaciona fundamentalmente con sus propiedades antiinflamatorias<sup>2</sup>

y antiproliferativas. El extracto de cebolla inhibe localmente la liberación de histamina, la proliferación de los fibroblastos y la síntesis de componentes de la matriz del tejido conectivo,<sup>3</sup> que se encuentra desregulada en los queloides. Los flavonoides, sustancias químicas presentes en la cebolla, son conocidos por sus propiedades antiinflamatorias. Se ha descrito también un efecto antibacteriano del extracto de cebolla.<sup>4,5</sup> La alantoína posee un efecto queratolítico e hidratante que favorece la cicatrización. La heparina posee efecto antiproliferativo sobre los fibroblastos; interactúa con factores de crecimiento y, de esta manera, también influye en la proliferación de células endoteliales y la formación de nuevos vasos sanguíneos, modificando el estado funcional del tejido.<sup>6,7</sup> También se ha descrito su efecto antiinflamatorio y actividad desagregante sobre la estructura de colágeno.<sup>8</sup> La combinación de heparina sódica, alantoína y *Allium cepae* ya había sido recomendada en la Primera Conferencia para el Consenso Internacional sobre Cicatrización (Viena, 1996) especialmente para evitar las recidivas luego de la implementación de medidas invasivas para mejorar los queloides.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Para estudiar la respuesta al Contractubex® se diseñó un ensayo de fase IV, abierto, sin grupo control, en un solo centro –Servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva del Hospital Ramos Mejía, Ciudad Autónoma de Buenos Aires– desde el 1 de agosto de 2005 hasta el 4 de junio de 2006. El estudio se realizó siguiendo un protocolo de ensayo clínico recibido de Merz & Co, que fue traducido localmente por Laboratorios Phoenix. El último paciente completó el estudio el 20 de noviembre de 2006.

El protocolo del estudio fue revisado y aprobado por el Comité de Bioética del Departamento de Docencia e Investigación del Hospital “J. M. Ramos Mejía”.

Ingresaron al estudio un total de 50 pacientes, 43 mujeres y 7 hombres. La edad promedio ( $\bar{x}$ ) de los participantes del estudio fue de 43 años (desviación estándar [DE] = 16,4; Rango: 18 a 77). Respecto de las enfermedades concomitantes, se incluyeron 3 pacientes tratados por diabetes, 2 con hipertensión arterial, 4 con tratamiento hormonal por patología tiroidea y 5 sujetos medicados con psicofármacos (cuatro con ansiolíticos y uno con antidepresivos).

En todos los casos las cicatrices tenían una antigüedad de uno a seis meses; en el 54% de los casos no superaban los dos meses de evolución (Tabla 1).

El 94% de las secuelas dermatológicas tratadas fueron originadas por cirugías estéticas y reconstructivas: abdominoplastias, reducción o aumento mamario o secuelas por remoción de tumores cutáneos ma-

lignos en la mayoría de los casos. El 88% de los casos eran cicatrices hipertróficas (n = 44), el 4% eran queloides (n = 4) y el 4% eran hipertróficas y queloides (n = 2). Respecto de la ubicación de la cicatriz, la mayoría ocupaba el torso (56%) y el resto cabeza o cuello.

Todos los pacientes firmaron un consentimiento informado antes de comenzar el tratamiento. La Administración Nacional de Alimentos, Medicamentos y Tecnología Médica (ANMAT) fue notificada del ensayo antes de la inclusión del primer paciente.

Los pacientes recibieron Contractubex® tres veces por día durante un período de seis meses. Para la evaluación de los resultados se utilizaron métodos descriptivos. Se consideraron variables ordinales para las distribuciones de frecuencias de casos, y tablas de contingencia. Para las variables continuas se calcularon promedios y desviación estándar. En las evaluaciones de evolución basal-fin de tratamiento se aplicaron pruebas de  $\chi^2$  a las variables ordinales. Se consideró estadísticamente significativo un resultado de  $p < 0,05$  en pruebas de dos colas. Los análisis estadísticos se realizaron por el método de *intención de tratar*, mediante el procedimiento de LOCF (última observación extendida hasta el control final: *Last Observation Carried Forward*).

Para evaluar la evolución de los síntomas que acompañan la presencia de las cicatrices (prurito, disestesia, ardor y dolor) se utilizó una escala subjetiva del 0 (ausencia del síntoma) al 5 (máxima intensidad), que fue aplicada en cada visita de control mensual. Se tomaron fotografías de las cicatrices antes y después del tratamiento.

## RESULTADOS

La evaluación final del ensayo fue realizada por el investigador con la cooperación de cada paciente.

Si bien la duración promedio del tratamiento, de acuerdo con el protocolo, fue de 6 meses, 4 pacientes no alcanzaron a completarlo. Una mujer debió ser retirada del estudio por efecto adverso a la semana de tratamiento –reacción alérgica generalizada– que remitió luego de suspendida la aplicación. En otro de los casos se produjo abandono del tratamiento al cuarto mes. Una paciente quedó embarazada y fue retirada del estudio.

Para evaluar la evolución de las cicatrices luego de la aplicación del producto, se consideraron la *morfología*, el *aspecto* y los *síntomas* asociados con la presencia de la cicatriz.

### Morfología

Las modificaciones en las variables morfológicas (longitud, ancho y altura de la cicatriz) se consignan en la **Figura 1**. Puede verse que si bien la longitud de la cicatriz no se modificó en ningún caso, el ancho promedio se redujo en 0,9 mm (disminución de 33,3%) mientras que la altura promedio se redujo 0,7 mm (disminución de 42,7%). Estos resultados representaron una mejoría significativa según la opinión del médico y del paciente.

### Aspecto

Para valorar el aspecto de la cicatriz se evaluaron *coloración*, *consistencia* y *tensión*. Los resultados de la evolución del enrojecimiento de la cicatriz pueden evidenciarse en la **Figura 2**.

Tabla 1. Tiempo de evolución de la cicatriz

Antigüedad de la cicatriz (meses)	Nº de pacientes	% del total
1	3	6,0
2	24	48,0
3	12	24,0
4	3	6,0
5	4	8,0
6	4	8,0

**Coloración.** La coloración se modificó notablemente con el tratamiento. Antes de comenzar con las aplicaciones de Contractubex®, las cicatrices de 26 pacientes (52%) tenían una coloración moderada. Luego de seis meses de tratamiento, sólo 2 pacientes (4%) la presentaban. En la totalidad de los 16 pacientes (32%) que presentaban una coloración marcadamente anormal al inicio del protocolo, esta característica desapareció luego del estudio.

**Consistencia.** La consistencia se modificó luego del ensayo. Al inicio, 28 pacientes (56%) presentaban cicatrices con consistencia moderadamente anormal; luego del ensayo no se observó ningún caso de consistencia moderadamente anormal. Al finalizar el período de tratamiento, sólo un caso –de los siete iniciales con esta característica– presentó una consistencia marcadamente anormal.

**Tensión.** La tensión cicatrizal disminuyó también con el tratamiento: sólo un paciente (2%) presentó al finalizar tensión moderadamente anormal, de los 22 sujetos (44%) que la presentaban al inicio.

**Síntomas**

Las variables consideradas dentro de este parámetro fueron: *disestesia, prurito, ardor y dolor* (Figura 3).

**Disestesia.** Al completarse el tratamiento, sólo 3 pacientes presentaban disestesia, de los 24 (48%) que habían referido el síntoma al inicio con una intensidad entre 2 y 4. En la escala del 0 al 5 el promedio basal fue de 1,27 y el final 0,64 ( $p < 0,001$ ).

**Prurito.** Sólo 2 pacientes (4%) presentaron prurito al completar el tratamiento, de los 26 que lo habían presentado al comienzo (Tabla 2) con una intensidad entre 2 y 5. La reducción final lograda para prurito fue de un promedio basal de 1,26 a un final de 0,12 ( $p = 0,004$ ).

**Ardor.** El valor promedio final para ardor, medido en la escala de 0 a 5, se redujo de 0,34 a 0,10 con respecto a la valoración inicial ( $p < 0,001$ ).

**Dolor.** De los 16 pacientes que previo al inicio de la terapia con Contractubex® referían *dolor* en la zona de la cicatriz, sólo 2 informaron este síntoma al finalizar el tratamiento. Inicialmente, la intensidad del dolor era entre 1 y 4, y la reducción promedio final respecto a los valores basales fue de 0,64 a 0,10 ( $p < 0,001$ ).

Las Figuras 4 y 5 muestran registro fotográfico de la evolución favorable de un caso con una cicatriz hipertrófica en la zona retroauricular.

**Tolerabilidad del tratamiento.** Definimos como *tolerabilidad del tratamiento como sinónimo de seguridad de tratamiento, esto es ausencia de efectos adversos relevantes. En tal sentido, la tolerabilidad del tratamiento fue considerada muy buena en el 60% (n = 30) de los casos y buena en el 34% (n = 18), de acuerdo con la evaluación del médico tratante. La evaluación del paciente fue similar a la del investigador. Los efectos adversos más frecuentes fueron prurito y eritema. Se presentaron efectos adversos en 9 pacientes (18%). En 7 de estos ca-*

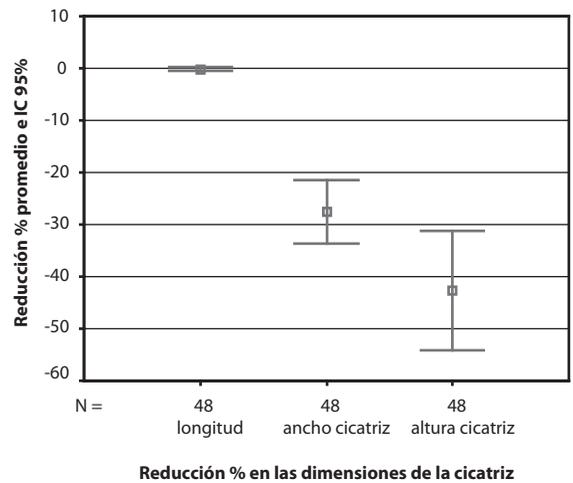


Figura 1. Evolución de las dimensiones de la cicatriz.

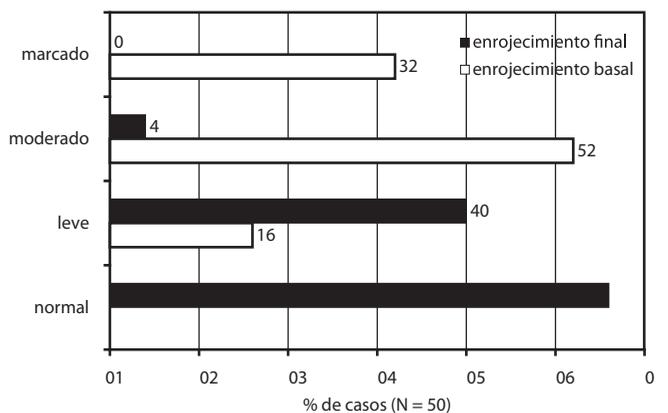


Figura 2. Coloración de la cicatriz.

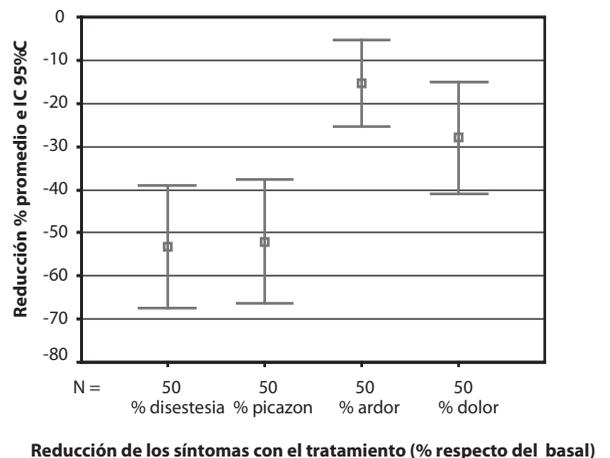


Figura 3. Evolución de los síntomas.

Los síntomas de prurito resultó leve y remitió luego de reducir la frecuencia de aplicación del fármaco. Una paciente que tenía antecedentes alérgicos desarrolló una reacción alérgica generalizada con prurito y eri-

	Prurito basal (Escala de 0 a 5)	Prurito final (Escala de 0 a 4)
Promedio	1,26	0,12
DE	1,454	0,627
% Pacientes sintomáticos	52%	4%
DE: desviación estándar.		



Figura 4. Cicatriz hipertrófica retroauricular antes del tratamiento.



Figura 5. Cicatriz hipertrófica retroauricular luego de seis meses de tratamiento con Contractubex® gel.

tema intensos y progresivos que remitieron luego de suspendido el tratamiento.

#### Eficacia y adherencia

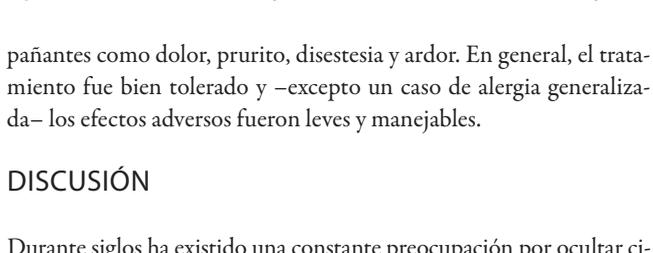
La eficacia fue calificada como muy buena en 22 pacientes (44%), buena en 24 pacientes (48%) y moderada y regular en 4 casos (8%). La adherencia al tratamiento fue muy buena en el 70% de los casos y buena en el 22%.

En resumen, este ensayo arrojó un resultado favorable en el 92% de los pacientes: luego del tratamiento con Contractubex®, las cicatrices no sólo mejoraron su aspecto –se aclararon, disminuyeron su consistencia y tensión– sino que también se aliviaron los síntomas acom-

Figura 6. Cicatrices frontales postraumáticas sin tratamiento alguno.



Figura 7. Cicatrices frontales luego de tratamiento con Contractubex® gel.



pañantes como dolor, prurito, disestesia y ardor. En general, el tratamiento fue bien tolerado y –excepto un caso de alergia generalizada– los efectos adversos fueron leves y manejables.

#### DISCUSIÓN

Durante siglos ha existido una constante preocupación por ocultar cicatrices que alteran la armonía del cuerpo humano. El temor o rechazo a aquellas ha originado muchas veces resistencia a diversos procedimientos quirúrgicos, sobre todo los del tipo electivo. Es parte del arsenal del cirujano plástico el conocimiento para emplazar correctamente incisiones o modificar otras existentes y obtener cicatrices inconspicuas o menos notorias, aunque difícilmente invisibles.

La cicatrización patológica es patrimonio exclusivo de la especie humana, por lo cual la investigación sobre modelos animales no ha aportado información significativa sobre la naturaleza y tratamiento de queloides y cicatrices hipertróficas. A pesar de numerosos estudios, no hay una teoría uniformemente aceptada que explique que factores desencadenan la formación de un queloide o cicatriz hipertrófica.

Existe una variedad de factores ajenos a la habilidad, conocimientos o voluntad del cirujano que pueden alterar la evolución del proceso cicatrizal. Entre ellas se pueden mencionar el tipo de piel, zona

del cuerpo afectada, origen de la cicatriz (traumatismos, quemaduras) reacción a los materiales de sutura, infecciones, etc., causas todas que pueden modificar negativamente el resultado estético de una cicatriz.

Factores genéticos y ambientales han sido implicados en la etiología de estas cicatrices anormales. En ellas se produce una acumulación excesiva de colágeno a expensas de un aumento en la formación o bien disminución en su degradación. Se han propuesto como causas la reacción a cuerpo extraño e infecciones bacterianas; de hecho, todas las cicatrices anormales se asocian a tatuajes, quemaduras, inyecciones, mordidas, trauma, cirugías o infecciones.

La tensión cutánea ha sido frecuentemente involucrada en la génesis de cicatrices patológicas. Generalmente este proceso involucra áreas en las cuales la tensión está aumentada como en el tórax, hombros y región de la nuca. Otros factores involucrados son la anoxia, la respuesta inflamatoria prolongada y la orientación anormal de la cicatriz en oposición a las líneas de tensión. Se mencionan también factores genéticos, hormonales e inmunológicos

Diversos métodos y productos han sido empleados para solucionar o prevenir el desarrollo de estas cicatrices viciosas, todos ellos con diversos resultados (detalle de resultados de trabajos previos).

Se considera que la presión disminuye el metabolismo y aumenta la ruptura del colágeno cicatrizal, existiendo varios métodos de aplicar la sobre una cicatriz. Las planchas de gel de silicona pueden ser utilizadas en cicatrices anómalas; han demostrado efectividad en disminuir el volumen cicatrizal cuando es empleada durante largos períodos de tiempo y se atribuye su accionar al favorecer la hidratación tisular. Se ha observado, sin embargo, atrofia cutánea, rush y dificultad con la adherencia a la cicatriz sobre en regiones de la cara. La aplicación de esteroides intralesionales ha demostrado buenos resultados en varios trabajos, con diversos protocolos de tratamiento.

Se han iniciado varios estudios<sup>8,9</sup> con muestras de tamaño variable para evaluar la eficacia de Contractubex®. Según Leyden,<sup>10</sup> los tratamientos con este tipo de principios activos serían eficaces si se utilizaran en la fase inicial del proceso de cicatrización. Esto se debe a su potencial antiinflamatorio, que no tiene utilidad cuando la cicatriz ya está establecida –no inflamada–. Según Leyden, los queloides responderían mejor al tratamiento conservador luego de ser intervenidos quirúrgicamente. En otros estudios también se relacionó el tratamiento precoz de la herida con su evolución favorable. Esto se debe a los efectos farmacológicos de los componentes individuales y combinados del Contractubex®. En la etapa inicial de la cicatrización ocurren fenómenos inflamatorios. El extracto de *Allium cepae* y la heparina moderan estos procesos a través de la regulación de mediadores químicos,<sup>2,6</sup> la proliferación de fibroblastos y la síntesis de colágeno.<sup>11</sup> Entre los factores involucrados en la fisiopatología de los queloides y las cicatrices hipertróficas, la actividad anormal de los fibroblastos es uno de los principales.

Las revisiones con metaanálisis revelan una posibilidad de mejoría del 60% de los pacientes con los distintos tratamientos médicos y quirúrgicos empleados hasta la realización del presente ensa-

yo.<sup>1</sup> Ningún enfoque terapéutico ha demostrado un resultado óptimo. La cirugía tiene una alta tasa de recurrencia. Para el uso de los corticoides intralesionales se describió una respuesta del 50%;<sup>12</sup> ésta es una de las medidas más habituales utilizadas para la terapia de cicatrices hipertróficas junto a los vendajes compresivos y la aplicación de láminas de silicona.<sup>5</sup> En este contexto, los resultados del presente estudio son promisorios a la luz de la capacidad que tendría Contractubex® para prevenir cicatrices patológicas.

Su eficacia estaría relacionada fundamentalmente con su aplicación precoz luego de la herida. El proceso de cicatrización se completa aproximadamente al año de ocurrida la lesión y la fase inflamatoria tiene lugar durante los primeros días de ese período. Cuanto más tarde se inicia el tratamiento, más estable será la cicatriz y menor probabilidad existiría de lograr una recuperación sin cirugía previa.

### Agradecimientos

Los autores agradecen al Dr. Carlos A. Giannone de Bioestadísticas &CRO por el tratamiento matemático de los datos.

### REFERENCIAS

1. Ferraro GM, Arrastia MC, Ziella, ME y cols. Tratamiento combinado de cicatrices de larga evolución: Resultado estético y reparador en una adolescente. *Rev Arg Dermatol* 2007;88(4):206-212.
2. Dorsch W, Ring J. Supresion of immediate and late antiIlgE-induced skin reactions by topically applied alcohol/onion extract. *Allergy* 1984;39:43-49.
3. Lab. Merz & Co. GmbH & Co. Primera conferencia Internacional de Consenso sobre Cicatrización, Informe de Congreso, Viena, 27 y 28 de noviembre de 1996.
4. Griffiths G, Trueman, L Crowther T, et al. Onions-A global benefit to health, *Phytotherapy Research* 2002;16 (7):603-615.
5. "Terapia especial para cicatrices hipertróficas," *Hautnah Dermatologie* 2000;16(4):Supl Medizin Forum N° 173.
6. Carr J. The anti-inflammatory action of heparin: Heparin as an antagonist to histamine, bradykinin and prostaglandin E1. *Thrombosis Research* 1979;16:507-516.
7. Jaques L. Heparin: a unique misunderstood drug. *Trends Pharmacol Sci* 1982;3:289-291.
8. Chadzynska M, Jablonska S. Contractubex in the treatment of Burn-Induced Hypertrophic, Keloidal Scars in Children. *Deutsche Dermatologie* 1989;37(11):1-4.
9. Maragakis M, Willital GH, Michel G, Görtelmeyer R. Possibilities of Scar Treatment after Thoracic Surgery. *Drugs Exp Clin Res* 1995; 21(5):199-206.
10. Leyden J. Ungüento para cicatrices: efecto antiinflamatorio en cicatrices recientes Entrevista con el Prof. James Leyden, Universidad de Pensilvania. *Suplemento Medizin Forum N° 173; Hautnah Dermatologie* 2000;16(4).
11. Majewsky S, Chadzynska M. Effects of heparin, allantoin and cepae extract on the proliferation of keloid fibroblasts and others cells in vitro. *Dermatol-Monatsschr* 174(2):106-129.
12. Chen M, Davidson TM. Scar management: prevention and treatment strategies. *Current Opinion in Otolaryngology & Head and Neck Surgery* 2005;13:242-247.

# MASTOPLASTIA DE AUMENTO RETROMUSCULAR CON DISECCIÓN EN DOS PLANOS

Juan Carlos Vila, Nicolás Martín Vila

## RESUMEN

Técnica por vía periareolar inferior con disección en dos planos (primero, disección del polo inferior de la mama en plano premuscular; luego, disección del plano retromuscular, coincidiendo ambas disecciones en la creación del nuevo surco submamario) para el tratamiento de las hipomastias con asimetría mamaria y/o con ptosis de diferentes grados y en las mamas tuberosas. De este modo, evitamos la utilización de técnicas periareolares completas o periareolares verticales.

## SUMMARY

Technique of inferior periareolar via by dissection in two planes: dissecting first, the inferior polo of the breast at a pre muscular plane and then, at the retromuscular plane, both coinciding into the creation of a new submammary wrinkle to treat hypomastias with mammary asymmetry and/or with ptosis of different grades, and in tuberous breasts. Thus avoiding the use of complete periareolar or periareolavertical techniques.

## INTRODUCCIÓN

La hipomastia, acompañada de asimetría, ptosis, diferente nivel del surco submamario o las mamas tuberosas producen en la mujer una gran alteración en la percepción de su figura corporal y en consecuencia en sus relaciones interpersonales.

Estas patologías se han transformado en los últimos años en las consultas más frecuentes, en las que las pacientes buscan un resultado estético aceptable con la menor secuela cicatrizal posible.

En nuestra experiencia, cuando realizamos una técnica vertical para el tratamiento de la ptosis mamaria, a las pacientes les cuesta aceptar la secuela cicatrizal que dejan estas técnicas.

A consecuencia de estas exigencias por parte de las pacientes realizamos la técnica de disección en dos planos con colocación de prótesis de silicona retromuscular para el tratamiento de las ptosis mamarias de grado 1 y 2, de las mamas tuberosas y de las asimetrías mamarias. Se logran así mamas de tamaño adecuado con proyección adecuada del complejo areola-pezones e igualdad en el nivel del surco submamario con una incisión periareolar inferior.

Esta modificación surge a partir de la observación de que, al colocar prótesis retromusculares en mamas hipotróficas y ptósicas, el resultado no era el esperado: nos encontrábamos con mamas de tamaño y forma adecuadas pero el complejo areola-pezones se hallaba por debajo de la proyección mamaria que producía la prótesis (**Figuras 1 a 4**). A partir de estos resultados y buscando evitar técnicas periareolares completas o periareolovericales con colocación de prótesis, decidimos realizar una disección en dos planos por vía periareolar inferior para obtener una mama proyectada sin ptosis y complejo areola-pezones acompañando el punto medio de la proyección.

## MATERIALES Y MÉTODOS

Desde hace más de cinco años que estamos realizando la técnica de disección en dos planos con colocación de prótesis retromuscular por vía periareolar inferior en un total de 63 pacientes. En todos los casos se colocaron prótesis de silicona texturizadas de perfil alto. Preferimos las prótesis texturizadas



Foto 1.



Foto 2.



Foto 3.



Foto 4.

das pues consideramos que hay menor riesgo de encapsulamiento patológico.

Todas las cirugías se realizaron bajo anestesia general.

### TÉCNICA QUIRÚRGICA

Se realiza la marcación del surco submamario y luego se marca a 2 cm aproximadamente el nuevo surco (**Figura 5**) y se marca la línea axilar anterior como referencia hasta donde realizar el bolsillo en su borde externo. Se realiza la incisión periareolar (**Figura 6**) hasta el plano aponeurótico del pectoral mayor (**Figura 7**), se diseña el polo inferior mamario superando en 2 cm aproximadamente donde la ptosis hace el pliegue de flexión que coincidirá con la marcación previamente realizada (**Figura 8**). Luego se continúa con la disección del músculo pectoral mayor por su cara posterior que al liberarlo totalmente de sus inserciones inferiores va a coincidir con el límite de la disección premuscular del polo inferior de la mama (**Figura 9**).

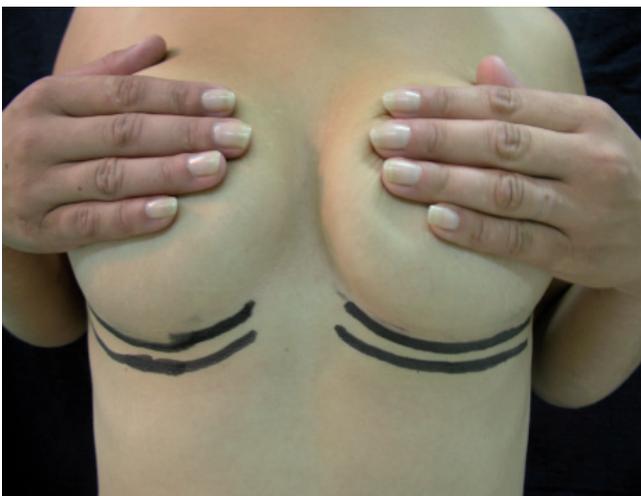


Foto 5.

Luego de constatar que los límites diseccionados de ambas mamas son coincidentes en los planos de disección y en el nivel de los surcos submamarios y de controlar adecuadamente control de hemostasia, se coloca la prótesis mamaria en el bolsillo retromuscular (**Figura 10**).

Se coloca drenaje en ambas mamas.

Se cierra la mama con vicryl 3/0, puntos subdérmicos con vicryl 5/0 y la piel con puntos separados de mononylon 6/0.

### DISCUSIÓN

En las hipomastias con ptosis mamaria, al diseccionar el polo inferior de la mama y colocar la prótesis en plano retromuscular, logramos que la glándula mamaria ascienda y tome la nueva y correcta posición, proyectándose adecuadamente el complejo areola-pezones, que coincide con el punto medio de proyección de la prótesis mamaria colocada. Esto se logra pues al hacer el proceso cicatrizal evita que la mama se desplace independientemente sobre sus inserciones en la

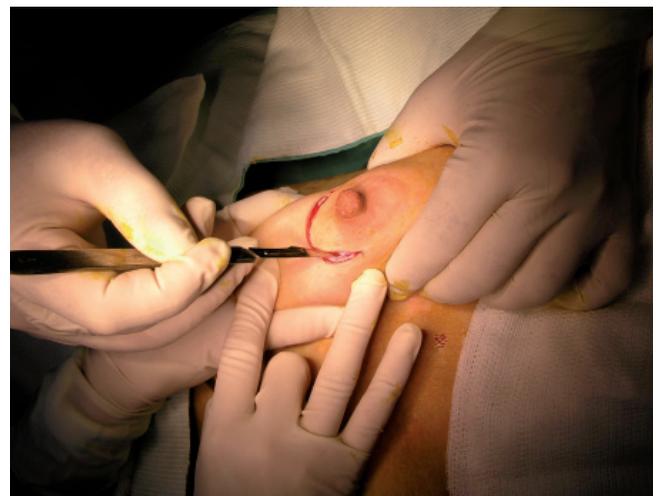


Foto 6.

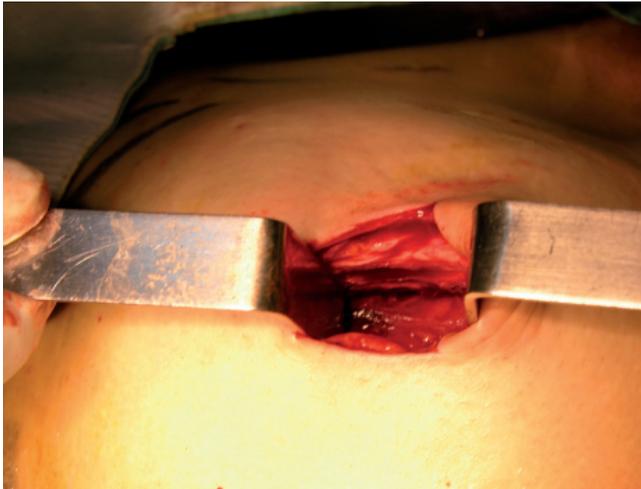


Foto 7.



Foto 8.



Foto 9.



Foto 10.

cara anterior del pectoral mayor, más la obtención de un nuevo pliegue mamario inferior único pues coinciden ambos límites de disección (**Figuras 11 a 18**).

A partir de estos resultados resolvimos utilizar esta técnica en las hipomastias acompañadas de asimetrías mamarias y en consecuencia con diferente altura de los surcos submamaros. Así logramos aumentos mamarios con un solo nivel de surco submamario (**Figuras 19 a 28**), pues en los casos en que colocamos la prótesis retromuscular sin la doble disección observamos las diferentes localizaciones de dichos surcos submamaros dejando un pequeño defecto estético. En las mamas tuberosas, al realizar esta técnica logramos tratar la constricción mamaria en la cara posterior realizando cortes verticales seccionando la capa profunda de la fascia superficial. En esta patología la distancia desde el borde areolar inferior al surco submamario es más corta, y con esta disección en dos planos logramos que la

distancia de areola a surco sea la adecuada. También nos permite seccionar la línea de constricción de la piel de la mama tuberosa que se halla aproximadamente a 2 cm del borde inferior de la areola de manera vertical a partir de la línea media mamaria. Cuando comienza el cierre en planos al llegar a la piel el primer punto se realiza en la línea media, a partir de allí se reseca a ambos lados piel en forma de media luna logrando un resultado satisfactorio en esta patología (**Figuras 29 a 32**).

Para el tratamiento de estas patologías no utilizamos el plano pre-muscular pues en el posoperatorio tardío se observa el reborde de la prótesis mamaria en polo superior, al tacto se constata fácilmente la presencia de la prótesis, puede presentar *planning*, mayor posibilidad de cápsula patológica y al estudio mamográfico queda aproximadamente un 5% del tejido mamario que no se observa en la mamografía.



Foto 11.



Foto 12.



Foto 13.



Foto 14.

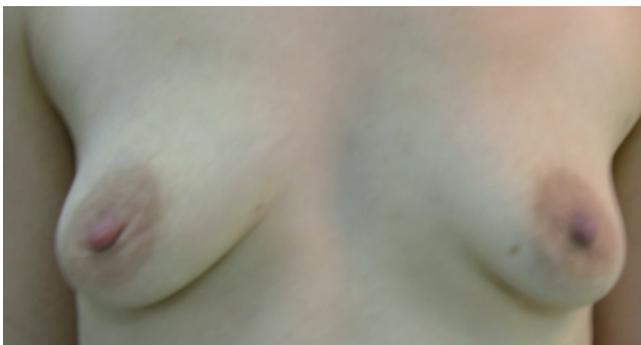


Foto 15.



Foto 16.



Foto 17.



Foto 18.



Foto 19.



Foto 20.



Foto 21.



Foto 22.



Foto 23.



Foto 24.



Foto 25.



Foto 26.



Foto 27.



Foto 28.



Foto 29.



Foto 30.



Foto 31.



Foto 32.

## CONCLUSIÓN

La utilización de esta técnica para la corrección de hipomastias que se acompañan de asimetrías mamarias, hipomastias con

ptosis mamarias de diferentes grados y de las mamas tuberosas nos permite obtener resultados aceptables con la simple realización de una incisión periareolar inferior, evitando técnicas periareolares totales o periareoloverteicales según la patología mamaria a tratar.



# LOS MICROTRAUMATISMOS COMO ETIOLOGÍA DEL SEROMA TARDÍO EN LA MASTOPLASTIA DE AUMENTO

Guillermo Vázquez<sup>1</sup>, Andrea Pellón<sup>1</sup>, Fritz Audouin<sup>2</sup>

1. Centro de Cirugía Plástica Guillermo Vázquez. 2.

Correspondencia. Dr. Guillermo Vázquez: Paraguay 2535, 8vo. A. C1425BRA Buenos Aires, Argentina | info@cirugiaplasticagv.com

## RESUMEN

El seroma tardío es una complicación en la cirugía de los implantes mamarios que aparece habitualmente luego de los tres meses en la mayoría de los casos, aunque puede darse a partir del mes. Es escasa la información con que se cuenta en la actualidad sobre él, especialmente en lo referente a su etiología.

Los autores presentan aquí su experiencia en lo relativo a esta patología, atribuyendo su etiología a los microtraumatismos sufridos por la paciente en la cápsula de la zona afectada.

Se presentan casos clínicos, su correspondiente tratamiento y resultado final.

## SUMMARY

Late seroma is a complication of implant surgery for breast augmentation that usually appears, in most cases, after the first three months post-op, although it may also occur a month after the surgery. At the present time, there is little information on the matter, especially regarding its etiology.

In this article, the authors present their experience with respect to this pathology, attributing its etiology to micro traumas suffered by the patients in the capsule of the affected area.

Clinical cases are presented along with their respective treatment and final result.

## INTRODUCCIÓN

El seroma tardío es una complicación vista con poca frecuencia en la mastoplastia de aumento,<sup>1-3</sup> y son pocos los autores que han hecho informes sobre él. La mayor parte de las publicaciones se relacionan con la reconstrucción mamaria.<sup>4-6</sup>

Es una patología que está descripta en muchas otras especialidades (cirugía vascular, ortopedia, cirugía craneofacial).<sup>7,8</sup>

En el presente trabajo presentamos nuestra teoría sobre la etiología de esta afección, así como nuestra conducta terapéutica.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se estudiaron 10 casos, en pacientes de sexo femenino con edades que oscilaban entre los 25 y los 45 años, que recibieron implantes de gel de silicona de superficie texturizada en forma bilateral con fines estéticos. Los volúmenes de los implantes oscilaban entre 235 y 305 cm<sup>3</sup> y estaban alojados en el plano retroglándular. Todas las pacientes desarrollaron seromas tardíos entre el año y los tres años del posoperatorio. El diagnóstico se realizó clínicamente y por medio de ecografía. Se utilizó en dos casos la resonancia nuclear magnética para obtener imágenes con fines académicos, ya que el diagnóstico se realiza por ecografía.

El tratamiento inmediato consistió en la punción bajo control ecográfico en quirófano, la administración intramuscular de corticoides de depósito (3,0 mg de betametasona acetato y 3,9 mg de betametasona fosfato disódico) en una dosis inicial en la primera consulta y otra a los 7 días, y cefuroxima en dosis de 1,5 g diarios durante 5 días. Se indicó a las pacientes el uso de un soutien deportivo para realizar compresión sobre la zona, pero no la inmovilización total. Se envió el material obtenido al laboratorio para estudio bacteriológico.

El resultado de los estudios bioquímicos de los seromas indicó que éstos eran asépticos.

De las 10 pacientes, 3 respondieron satisfactoriamente al tratamiento, mientras que las 7 restantes repitieron la colección serosa de gran volumen, por lo cual se decidió realizar la apertura de la cavidad, retirar el implante, evacuar el seroma y dejar drenaje aspirativo.

Luego de la evacuación del seroma, se constató la presencia de una cápsula fina, de la cual fue extraída la parte correspondiente a la cúpula, dejando la base. En una paciente se observó una doble cápsula, ubicándose el seroma en la interfase entre las dos cápsulas, permaneciendo el implante fuera de contacto del mismo.

A todas las pacientes intervenidas quirúrgicamente para la evacuación del seroma y que habían sido implantadas como máximo 6 meses antes de producirse dicha patología, se las volvió a implantar con el mismo implante ya que éste no presentaba alteraciones macroscópicas. Dicho implante fue sumergido totalmente durante la intervención en solución de yodopovidona, durante 30 minutos.

De las 10 pacientes tratadas con seroma tardío, 9 desarrollaron contractura capsular fibrosa (CCF) dentro de los 6 meses posteriores a nuestra intervención por lo cual se tuvo que volver a operarlas y se les implantó implantes de gel de silicona con cubierta de poliuretano en ambas mamas, no presentando ninguna patología o complicación dentro de los 3 años posteriores.

## RESULTADOS

Las 10 pacientes se presentaron a consulta con un cuadro de aumento llamativo del volumen mamario, tensión aumentada y dolor. Se corroboró la presencia de líquido en la cavidad por medio de ecografía. El posoperatorio inmediato había transcurrido sin complicaciones, según referencia de las pacientes, ya que desconocíamos su evo-

lución por no haber sido intervenidas por nosotros. Ninguna refirió antecedente de traumatismo externo en la zona afectada previamente a la aparición del cuadro. Todos los seromas se presentaron en la mama derecha, que curiosamente era el lado hábil de las pacientes. Este último dato nos llamó la atención, y creemos que da un aporte más a nuestra teoría, ya que el implante del lado hábil estaría más expuesto a los microtraumatismos que el contralateral.

## DISCUSIÓN

El seroma inmediato es una complicación en la mastoplastia de aumento con una incidencia del 2,6 %, y ocurre dentro de las dos semanas del posoperatorio. En cambio, el seroma tardío constituye un

cuadro de aparición posterior a los tres meses, y no es posible determinar con certeza su incidencia en la mastoplastia de aumento debido a la escasa publicación sobre él.

Tanto el seroma inmediato como el tardío se caracterizan por la colección de líquido poco denso, procedente del suero sanguíneo, que contiene proteínas plasmáticas, eritrocitos y mediadores de la inflamación como histamina, serotonina, leucotrieno B<sub>4</sub>, calmodulina, prostaglandina D<sub>2</sub> y factores del sistema de complemento, entre otros.

Este tipo de exudado es habitual en el comienzo del desarrollo de la mayoría de las reacciones inflamatorias agudas, como es el seroma inmediato en la mastoplastia de aumento, que constituye, en pequeños volúmenes, una respuesta normal del organismo. En cambio, la etiología del seroma tardío es menos clara.

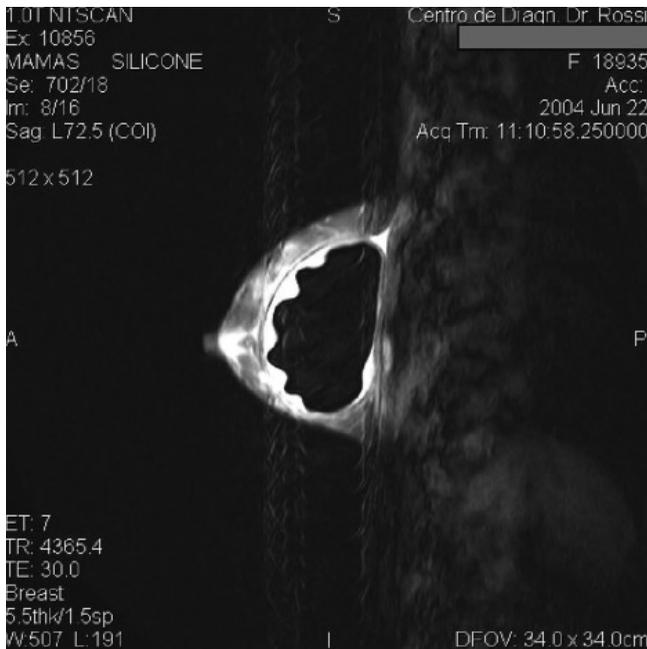


Figura 1. Resonancia nuclear magnética (RNM) de un seroma, corte cefalocaudal.

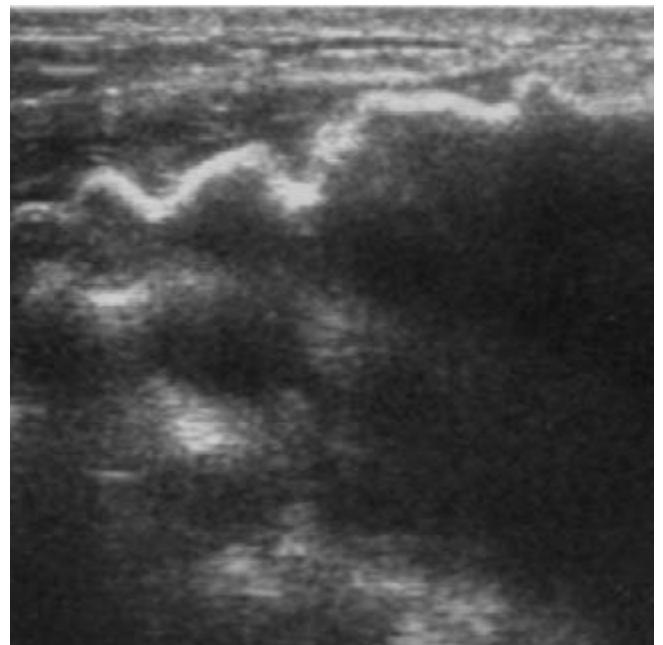


Figura 3. Vista ecográfica de un pequeño seroma.

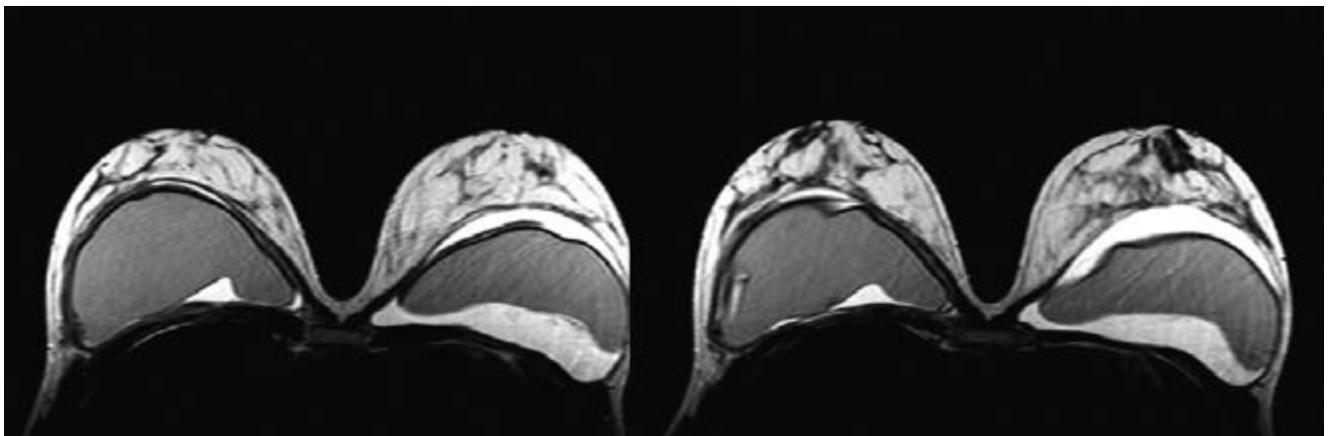


Figura 2. Vista de perfil de un seroma. (RNM).



Atribuimos su presentación a los microtraumatismos sufridos por la paciente en su vida cotidiana (esfuerzos, compresiones, mínimas contusiones, etc.), que pasan totalmente inadvertidos, pero que causan microrupturas de la cápsula, con el correspondiente exudado inflamatorio. Cuando los microtraumatismos son muchos, el exudado aumenta hasta llegar al punto límite para su reabsorción, generando una micropelícula de líquido seroso entre la cápsula y el implante o, en el supuesto caso de haber dos cápsulas,<sup>9</sup> entre ambas. Tal situación es la causa por la cual ese espacio virtual se transforma en real, aumentando de tamaño progresivamente por la acumulación de líquido seroso.

## CONCLUSIONES

Al ser el seroma tardío una complicación de aparición poco habitual en la cirugía mamaria de aumento, y concordando en que el rozamiento entre la cápsula y la superficie rugosa de los implantes texturizados produce una fricción que puede generar una reacción inflamatoria con la consecuente formación de líquido seroso, consideramos también que los microtraumatismos, con microrupturas de la cápsula, son los generadores de este líquido, ya que si fuese la fricción solamente, todas las pacientes serían pasibles de esta patología. Algunos colegas manifestaron que la formación del seroma tardío podía atribuirse a una causa inmunológica. Nosotros descartamos de hecho esta hipótesis, ya que de ser así su presentación sería bilateral. También es de destacar que, en todas las pacientes tratadas por nosotros, el seroma se produjo del lado del brazo hábil, lo cual refuerza nuestra teoría. En nuestra experiencia, la presencia de un seroma tardío lleva indefectiblemente a la CCF. Son pocos los casos en los cuales después de su tratamiento clínico queda una cápsula complaciente y una mama blanda, ya que la retracción de la cápsula, luego de la expansión causada por la colección líquida, se produce en forma centrípeta y sería imposible que se detuviera en un punto determinado. Esto sin contemplar el engrosamiento que sufre, el cual es consecuencia del proceso inflamatorio. Por tal motivo, la inmovilización prolongada de la mama y el miembro superior conllevaría a una contractura capsular. Para finalizar, queremos destacar que de los 10 casos, 9 desarrollaron CCF antes del año después de producido el seroma tardío y tuvieron que ser reintervenidas, con el cambio de implante correspondiente. Sabemos que la CCF es la complicación más frecuente en la mastoplastia de aumento, y los hematomas y seromas son la principal causa de ella. El propósito de este trabajo es manifestar nuestro pensamiento sobre la etiología del seroma tardío, debido a que la comprobación de las microrupturas de la cápsula durante su producción se torna impracticable. El uso de corticoides y todo tratamiento clínico son paliativos, y re-

trasa una futura intervención, aplaca la ansiedad y preocupación de la paciente, pero inexorablemente, en nuestra experiencia, conlleva a la CCF en más del 90% de los casos. Dichas contracturas deberán ser tratadas mediante una capsulectomía total con recambio de implantes. Nuestra vasta experiencia con el uso de implantes de cubierta de poliuretano nos indica que éstos constituyen la mejor opción para el recambio protésico y el tratamiento del seroma tardío, ya que su efecto Velcro produce una adherencia entre la cápsula y el implante, imposibilitando la formación de un nuevo seroma al no dejar espacios muertos. Sabemos además que la arquitectura biológica de la cápsula de estos implantes es totalmente diferente a la de los implantes texturizados o lisos. Después de 20 años de experiencia con los implantes de gel de silicona con cubierta de poliuretano,<sup>10-12</sup> podemos afirmar que en todo este tiempo no hemos tenido seromas tardíos, como sí lo hemos comprobado con los implantes texturizados, los cuales registran el mayor porcentaje de esta patología en la mastoplastia de aumento.

## BIBLIOGRAFIA

1. Baker, J. *Augmentation Mammoplasty: A Comparative Analysis*. *Plast. Reconstr. Surg.* 103: 1763-1765, 1999.
2. Zimman, O. *Letter, Plast. Reconstr. Surgery.* 112: 1951-1952, 2003.
3. Oliveira, V. M. Roveda Junior, D. Lucas, F. B. Lucarelli, A. P. Martins, M. M. Rinaldi, J. F. Aoki, T.: *Late seroma after breast augmentation with silicone prostheses: a case report*. *Breast Journal*. Vol. 13; nº 4: 421-423, 2007.
4. Knigh, C.D., Jr., Grieffen, D., and Knight, C.D. *Prevention of seroma in mastectomy wounds: The effect of shoulder immobilization*. *Arch. Surg* 130: 99, 195.
5. Abe M., Iwase T., Takeuchi T., Murai H., Miura S. *A Randomized controlled trial on prevention of seroma after partial or total mastectomy and axillary lymph node dissection*. *Breast Cancer*, Jun 30; 5(1): 67-69, 1998.
6. Schultz I., Barholm M., Grondal S., *Ann Surg Oncol*. Jun; 4 (4):293-297, 1997.
7. Baroudi, R. and Ferreira, C. A. *Contouring the hip and the abdomen*. *Clin. Plast. Surg.* 23:551, 1996.
8. Burstein, F., Choen, S., et al. *The use of hydroxyapatite cement in secondary craniofacial reconstruction*. *Plast. Reconstr. Surg.* 104:1270-1275, 1999.
9. Robinson, H.N., *Double capsule formation with textured silicone implants*. *In Proceedings of the 25<sup>th</sup> Annual Meeting of the Aesthetic Plastic Surgery Society, Los Angeles, Calif., May 3-8, 1992*.
10. Vázquez G: *A ten-year experience using polyurethane covered breast implants*. *Aesth Plast Surg* 23:189\_196,1999.
11. Vázquez G: *Modification of the anatomic silicone gel implant with polyurethane cover*. *Cir Plast Iberolatinamer* 31:193\_198, 2005.
12. Vázquez, G., Pellón, A. *Polyurethane-Coated Silicone Gel Breast Implants Used for 18 Years*, *Aesth. Plast. Surg.* 31:330\_336, 2007.

# RECONSTRUCCIÓN DE LABIO CON COLGAJOS COMBINADOS. A PROPÓSITO DE UN CASO

Walter Pompeo, Claudia Pernecco, Felipe Estévez

## RESUMEN

**Introducción.** Los labios comprenden una estructura móvil, formada por una capa muscular cubierta externamente por piel, internamente por mucosa y entre ambas una zona de transición, el bermellón. Debido a su ubicación, el labio inferior recibe radiaciones actínicas directamente, y ésta es la causa por la cual la incidencia de tumores es mayor que en el labio superior. Los labios desempeñan importantes funciones, por lo que la reconstrucción ofrece un gran desafío al cirujano plástico, el cual debe conservar tanto la función como el aspecto estético.

**Material y método.** Se presenta paciente de sexo masculino, 62 años, que presentaba carcinoma espinocelular de labio inferior, ulcerado, fondo granulante, bordes evertidos, duropétreo, de 3 cm, que afectaba el 70% del labio e incluía la comisura derecha, sin adenopatías palpables, de 3 años de evolución.

**Anatomía patológica.** Lesión marginal de carcinoma epidermoide semidiferenciado con sectores acantolíticos.

**Antecedentes.** Tabaquismo severo, fototipo I-II de Fitzpatrick, desdentado sin utilización de prótesis.

**Estudios complementarios.** RMN: no se evidencian adenopatías.

**Desarrollo.** Se realiza resección de lesión con márgenes de seguridad oncológica, de espesor total, que comprometía el 90% del labio inferior incluyendo la comisura. Se confeccionan colgajos de Nakajima del lado derecho y Karapandzic del lado izquierdo.

**Conclusión.** La confección de estos colgajos aporta tejido suficiente para la reconstrucción y permite realizarla al momento de la resección, en un solo paso y con un aceptable resultado estético y funcional.

## SUMMARY

**Introduction.** Lips comprise a mobile structure, composed by a muscular layer covered by skin in the outside and mucous in the inside. Between covers there is a transition zone, the vermilion. Due to its localization, the lower lip is exposed to direct sunlight radiation, and that is the main reason why it has a higher incidence in skin malignancies than the upper lip. Lip reconstruction after excision of malignancies is a challenge for the Plastic Surgeon, mainly because of the important functions of the mouth. The goal is to remain the preservation of those functions as well as restoring the aesthetic unit aspect.

**Materials and methods.** A 62 years old male is presented. The patient accused a history of the tumor, a squamous cell carcinoma of the lower lip, of 3 years. At the admission, the patient showed a 3 cm. firm tumor involving 70% of the lower lip, including the right commissure. An ulcer with granulation tissue and raised outlining was evident. No local or regional adenopathies were found at the moment of the admission.

**Histological findings:** Partially differentiated squamous cell carcinoma with acantholytic areas.

**Historical findings:** severe smoking habit history was found At the admission the patient had no teeth and no oral prosthetic device was worn.

**Complementary studies:** MNR showed no adenopathies, local or regional.

**Procedure.** Full-thickness incision and secure margins resection is performed, comprising 90% of the lower lip including the right commissure. Nakajima flap design was used to reconstruct the right side, while Karapandzic flap design was used for the left side.

**Conclusion.** Designing of the described flaps gives enough tissue for lip coverage, allowing the surgeon to perform the tumor resection and the lip reconstruction at the same moment. Using then means a one-step procedure with adequate results, yet functional and aesthetic.<sup>9</sup>

## INTRODUCCIÓN

El carcinoma espinocelular es la patología maligna que se presenta con mayor frecuencia en los labios, es localmente invasor y puede dar metástasis. Tiene su origen en el borde libre del bermellón y puede comprometer la piel del labio.

Esta lesión es más frecuente en el labio inferior en relación 9:1 con respecto al labio superior debido a que, por su ubicación, recibe directamente radiaciones actínicas.

El tratamiento de elección es la resección amplia, acompañada de un margen de seguridad oncológico.

Los labios ocupan una porción central dentro de la anatomía facial, lo cual les otorga una importancia estética fundamental. Desempeñan importantes funciones como: competencia bucal, fonación y la expresión, entre otras, lo que requiere un amplio conocimiento anatómico y técnico a la hora de realizar la reconstrucción.

El primer paso es establecer el tamaño del defecto a reconstruir, para seleccionar la técnica adecuada dentro de las numerosas que existen.

Para la selección de la técnica, se deberán tener en cuenta los prin-

cipios básicos de la reconstrucción de labio. Éstos son: mantener la altura del labio original con una proyección adecuada, conservar la función de esfínter y evitar la microstomía, lo que dificultaría la alimentación y la utilización de prótesis dentarias o procedimientos odontológicos; obtener cicatrices poco visibles para conseguir un buen resultado estético y funcional.

## OBJETIVO

Se describe un caso de carcinoma espinocelular de labio inferior, cuyo defecto abarca el 90% del labio, incluyendo la comisura, en el cual para su reconstrucción se combinan dos colgajos diferentes. Del lado derecho un colgajo rotatorio y del lado izquierdo un colgajo de rotación y avance que permiten cumplir con los principios de la reconstrucción.

## ANATOMÍA

Los labios comprenden una estructura móvil, formada por una capa

muscular cubierta externamente por piel, internamente por mucosa y entre ambas una zona de transición, el bermellón.

La competencia bucal está dada por los músculos orbiculares, uno para el labio superior y otro para el inferior. Ambos se entrecruzan en la comisura, en la zona denominada modiolos. A partir de allí y en forma radiada se entrecruzan con otros haces musculares encargados de dilatar el esfínter. Éstos pueden dividirse en distintos grupos, conforme a la función que cumplen:

#### Elevadores del labio superior y la comisura

- Elevador del labio superior
- Canino
- Cigomático mayor y menor

#### Depresores de la comisura y del labio inferior

- Triangular de los labios
- Cuadrado del mentón
- Borla del mentón

#### Tracción de la comisura

- Buccinador
- Risorio de Santorini

La irrigación es proporcionada por las arterias labiales superior e inferior, ramos de la arteria facial. La arteria transcurre en dirección paralela al músculo orbicular, entre éste y la mucosa, próxima al borde libre.

La inervación motora, está dada por las ramas bucal y marginal del VII par, mientras que la inervación sensitiva está dada por ramos de los nervios maxilar superior e inferior del V par.

El drenaje linfático se dirige hacia los ganglios submentonianos y submandibulares; puede existir entrecruzamiento en el drenaje de los hemilabios inferiores, lo que determina la posibilidad de metástasis bilaterales.

## CASO CLÍNICO

Consulta a la División Cirugía Plástica y Reparadora del Hospital "J. M. Ramos Mejía" un paciente de sexo masculino, de 62 años, que presentaba carcinoma espinocelular de labio inferior de 3 años de evolución.

Se destacan como datos relevantes: tabaquismo, piel fototipo II de Fitzpatrick, desdentado sin utilización de prótesis dentaria.

Al examen físico se observa lesión de 3 cm, bordes evertidos, ulcerada, de fondo granulante, durópétrea, que afecta el 70% del labio incluyendo la comisura, sin adenopatías palpables.

Se realiza análisis anatomopatológico que informa: lesión marginal de epiteloma espinocelular semidiferenciado, con sectores acantolíticos.

Se solicita RMN en la cual no se evidencian adenomegalias.

Se establece que el defecto a reconstruir, incluyendo la lesión junto con los márgenes de seguridad, es de un 90%, pues también abarcaba la comisura derecha, por lo cual se decide combinar colgajos.

Del lado izquierdo, se opta por un colgajo neurovascular de rotación y avance y del lado derecho, teniendo en cuenta que es el más afectado, por un colgajo rotatorio, el cual aporta tejido suficiente, aprovechando el labio remanente.

## PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

Se procede a marcar la lesión y los márgenes de seguridad, prolongándolos hasta el surco mentolabial, donde quedará emplazada la cicatriz, creando un defecto cuadrangular.

Del lado izquierdo se diseña un colgajo de rotación y avance, basado en la descripción de Karapanzic. Es un colgajo neurovascular, de espesor total, se talla siguiendo el surco nasogeniano, pasando por fuera de la comisura, a una distancia equivalente a la altura del labio a reconstruir, llegando al defecto por el surco mentolabial. Se realiza disección roma para preservar el paquete vasculonervioso, se desinserta la musculatura radiada del modiolos para permitir el avance, y luego se reposiciona para preservar la función.

Del lado derecho, para evitar la formación de un microstoma, se diseña un colgajo rotatorio, siguiendo el diseño descrito por Nakajima, también de espesor total. Éste es un colgajo piramidal cuya base mide lo mismo que la altura del labio a reconstruir, la cara lateral que se implanta en el surco nasogeniano mide el doble de la base, y la medial es igual a la base. Se diseña preservando la irrigación y los filetes nerviosos, se libera la musculatura radiada, reposicionándola luego de efectuar un movimiento de rotación de 90°, con eje a nivel de la comisura.

El borde libre del bermellón se reconstruye con un avance de mucosa vestibular.

El cierre se realiza en tres planos: mucoso (debe ser hermético para evitar fístulas), muscular y cutáneo, manteniendo alineado el borde del bermellón para evitar asimetrías.

Durante el posoperatorio se instruye al paciente en no gesticular; la alimentación por vía oral se reanuda a las 48 horas de la cirugía (para evitar la dehiscencia de la herida y la contaminación); los puntos se retiran a partir del séptimo día.

Se le indica la utilización de prótesis dental inferior, para evitar la retracción de la cicatriz hacia cavidad bucal y mejorar el resultado estético.

Preoperatorio



Foto 1.



Foto 2.

Marcación

Foto 3.

Foto 4.

Foto 5.

Intraoperatorio



Foto 6.



Foto 7.

Intraoperatorio (continuación)



Foto 8.

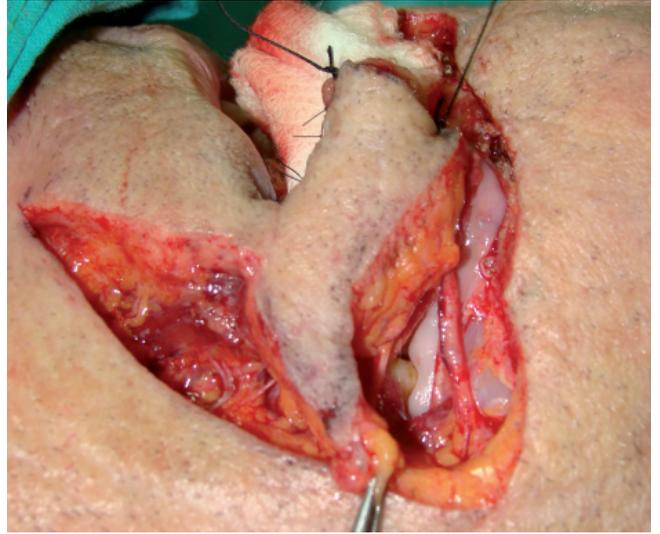


Foto 9.



Foto 10.

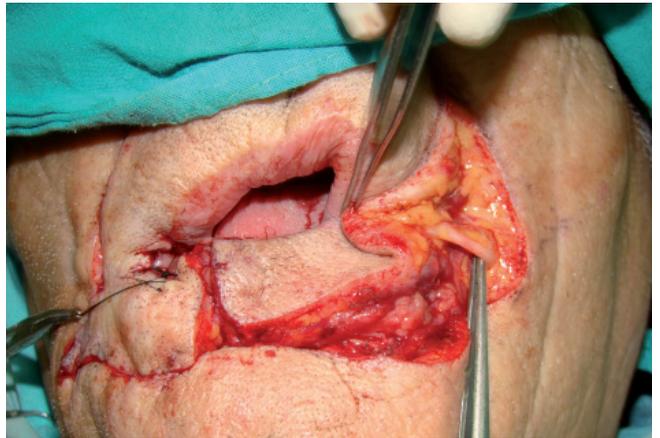


Foto 11.



Foto 12.

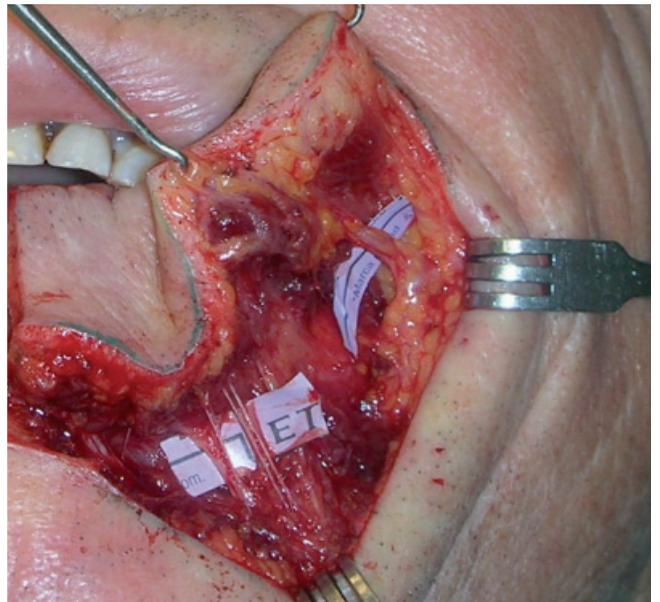


Foto 13.

Posoperatorio 2 meses

Foto 14.

Posoperatorio 6 meses

Foto 15.

Foto 16.

## CONCLUSIÓN

La combinación de colgajos es útil para optimizar la reconstrucción labial, utilizando correctamente el labio remanente y evitando así la microstomia.

Se debe tener un amplio conocimiento anatómico de la zona ya que la confección de estos colgajos requiere una disección cuidadosa de

Foto 17.

los filetes nerviosos y el pedículo vascular para mantener la sensibilidad y la función motora. Las cicatrices quedan emplazadas en el surco nasogeniano y mentolabial y son poco visibles.

Se obtiene un labio con altura, proyección y apertura adecuada, manteniendo la función de esfínter, con un aceptable resultado estético, que cumple de esta forma con los principios básicos de la reconstrucción.

# NOTICIAS SACPER

## 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](mailto: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. Dallorso, 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 interesada 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). Felicitamos profundamente a los organizadores por el éxito obtenido.

## SESIÓN SOLEMNE INAUGURAL Y DE CAMBIO DE AUTORIDADES

Se llevará a cabo el 28 de abril de 2009, a las 21:00 horas, en la AMA.

**40° CONGRESO ARGENTINO de CIRUGIA PLASTICA**

**13 al 16 de Mayo 2010**

**Sheraton Buenos Aires Hotel & Convention Center**

**COMITE ORGANIZADOR**  
 Presidente: Dr. Juan Carlos Seller  
 Vicepresidente: Dr. Rubén Emilio Riquelme  
 Secretario General: Dr. José Francisco Noceti  
 Secretario Adjunto: Dr. Eduardo Horacio Errea  
 Tesorero: Dr. Sergio Mario Korzic

**COMITE CIENTIFICO**  
 Presidente: Dr. Abel Chajchir  
 Secretario: Dr. Omar Darío Ventura

**TEMAS CENTRALES**  
 Estética mínimamente invasiva  
 Contorno corporal  
 Aumento mamario con injerto graso y expansión externa  
 Mastoplastias  
 Abdominoplastias  
 Cirugía postbárbica  
 Actualización en laser, radiofrecuencia y lipólisis externa  
 Cirugía reconstructiva

**INVITADOS EXTRANJEROS CONFIRMADOS**  
 Baker Daniel (U.S.A.) . Nahai Foad (U.S.A.) . Kinney Brian (U.S.A.)  
 Khouri Roger (U.S.A.) . Knize David (USA) . Knutti Daniel (SUIZA)

Informes e inscripciones:  
 e-mail: congresosacper.org.ar  
 www.sacper.org.ar  
 tel (011)4816-3340 Fax 4816-3257  
 tel (011)4811-9088 Fax 4816-0342

comercialización:  
 silarconcedonos@gmail.com  
 Trepatá 4153 - Buenos Aires - Argentina  
 tel (011)4767-4481 - 4639-4600  
 tel (011) 154-422-4410

Gentileza **J. E. Lombardi** s.a. **SILUMED**

**V Jornadas Nacionales Interdisciplinarias Tratamiento del Niño con Fisura Labio Alvéolo Palatina**

**21 y 22 Agosto 2009**  
 Paraná, Entre Ríos Argentina

**Convocan**

Sociedad Argentina de Cirugía Plástica, Estética y Reparadora  
 Sociedad de Cirugía Plástica, Estética y Reparadora de Rosario y Litoral  
 Confederación Odontológica de la República Argentina  
 Federación Argentina de Colegios y Asociaciones de Fonoaudiólogos  
 Asociación Civil Argentina de Cirugía Infantil

**Organiza**

**Equipo Interdisciplinario**  
 Fisura Labio Alvéolo Palatina  
 Paraná Entre Ríos Argentina

**Informes**

0800 0143 8249@hotmail.com  
 4223522 rosario@kntmail.com  
 info@sonreir.com

**Sonreir**



## NOTICIAS REGIONALES

### SOCIEDAD DE CIRUGÍA PLÁSTICA DE BUENOS AIRES

La Sesión Solemne Inaugural y de Cambio de Autoridades se llevará a cabo el 21 de abril de 2009, en la AMA, a las 21:00 horas.

### SOCIEDAD DE CIRUGÍA PLÁSTICA DE CÓRDOBA

A partir del 7 de abril y hasta el 10 de noviembre se realizarán, los segundos martes de cada mes a las 20 horas, las Reuniones Científicas con temas centrales de la Especialidad, en la sede del Circulo Médico de Córdoba.

El 21 y 22 de agosto del corriente año se realizará el Curso Internacional con "Cirugía Plástica In Vivo" en el Hotel Holiday Inn Córdoba.

### REGIONAL DE CIRUGÍA PLÁSTICA DEL NORDESTE

Marzo 14

**Misiones: Reunión conjunta con la Sociedad de ORL de Misiones**

**Tema:** Rinoplastias estética y reparadora.

**Invitados:** Dres. Recalde Fiori y Jesús Amarilla. Asunción, Paraguay.-

**Coordinador:** Dr. Gustavo Abrile.-

Abril 18

**Corrientes: Capítulo maxilofacial - Workshop**

**Tema:** Cirugía ortognática - Displasia maxilar

**Invitado:** Dr. Carlos Perroni (Pte de la SACPER)

**Coordinador:** Dr. Gómez Vara

Mayo 9

**Chaco: Reunión conjunta con la Sociedad de Oftalmología**

**Tema:** Blefaroplastia y rejuvenecimiento facial

**Coordinadores:** Dres. Cauderer y Ferreyra.-

Junio 8

**Formosa: Mastoplastias estéticas y reconstructivas**

**Coordinador:** Dr. Alejo Paredes

Julio 11

**Misiones: Abdominoplastia y contorno corporal**

**Coordinadores:** Dres. Abrile y Olivier

Agosto 8

**Corrientes: Capítulo Cirugía de Miembros. Reunión conjunta con la Facultad de Medicina y la Cátedra de Traumatología**

**Invitados:** Dres. Martin Colombo y Rafael Durán

Setiembre 12

**Chaco: Capítulo Quemaduras**

**Coordinadores:** Dres. Ibañez, Ferreyra y Blanco

Octubre 10

**Formosa: Capítulo Malformaciones congénitas - FLAP**

**Coordinadora:** Dra. Mancebo

Noviembre

**Corrientes: Reunión Interprovincial NEA**

Diciembre 4 y 5

**Resistencia, Chaco: Simposio Intersociedades de la SACPER**

Diciembre 12

**Corrientes: Examen a Miembro Titular de la Sociedad de Cirugía Plástica del Nordeste Argentino y elección de nuevas autoridades**

V Jornadas de las Regionales "Dr. Juan José Galli"

Se realizarán en la Regional Nordeste, Resistencia, Chaco, los días 4 y 5 de diciembre de 2009

V Jornadas de las Regionales "Dr. Juan José Galli"

TEMARIO  
CIRUGIA DE ROSTRO  
CONTORNO CORPORAL  
CIRUGIA MAMARIA  
CIRUGIA CRANEO FACIAL  
CIRUGIA DE MIEMBROS, MICROCIRUGIA

4 y 5 de Diciembre de 2009  
Resistencia - Chaco - Argentina

**SOCIEDAD DE CIRUGÍA PLÁSTICA, ESTÉTICA Y REPARADORA DE ROSARIO Y LITORAL**

XVIII SIMPOSIO INTERNACIONAL DE CIRUGÍA ESTÉTICA VIDEO ASISTIDO

4 y 5 de setiembre de 2009

**Ros Tower Hotel Convention Center**, Mitre 299, Rosario, Santa Fe.

Tema central: **Cirugía Estética y Reconstrucción Mamaria.**

Invitados extranjeros: Dr. José Tariki, Dr. Liacyr Ribeiro.

Contacto. Dra. Sandra Filiciani: sfiliciani@arnet.com.ar; y secretaria administrativa Betiana: betalede@hotmail.com

**REGIONAL DE CIRUGÍA PLÁSTICA DEL NOA**

IV Jornadas Sociedad Santiagueña de Cirugía Plástica

III de la Sociedad Regional NOA de Cirugía Plástica

29-30 de mayo de 2009

Termas de Río Hondo - Santiago del Estero

Capítulos: Estética, Reconstructiva, Misceláneas, Mesas Redondas con panelistas, Discusión de complicaciones y casos problemáticos.

**I Curso Anual de Actualización en Cirugía Plástica (Curso Integral de la Especialidad)**

Organizado por la Sociedad de Cirugía Plástica de Tucumán y Cátedra de Cirugía Plástica de la Pontificia Universidad Católica Argentina "Santa María de los Buenos Aires".

**Nombre del curso:**

Curso de Actualización en Cirugía Plástica Estética y Reparadora

**Organizado por:** Sociedad de Cirugía Plástica de Tucumán y Cátedra de Cirugía Plástica de la Pontificia Universidad Católica Argentina "Santa María de los Buenos Aires"

**Auspiciado por:** Cátedra de Cirugía Plástica de la Pontificia Universidad Católica Argentina "Santa María de los Buenos Aires", Sociedad de Cirugía Plástica de Tucumán, Regional NOA - SACPER y Colegio Médico de Tucumán

**Director Honorario:** Prof. Dr. Ricardo Yohena

**Directores del Curso (1):** Prof. Dr. Enrique P. Gagliardi, Dr. Roberto Serrano Alcalá

**Coordinador general:** Prof. Dr. Braulio Peralta

**Secretario general:** Dr. Enrique S. Rusconi

**Prosecretario:** Dr. Guillermo E. Apel

**Comité Científico:** Dr. Fernando J. Colombres, Dr. León Dahan, Dr. Hugo R. Mayer, Dr. Miguel A. Corbella

**Finalidad:** curso integral de la Especialidad

**Destinado:** curso destinado a Médicos Cirujanos Plásticos (2)

**Carga horaria total (3):** 300 horas cátedras (teóricas y prácticas)

**Examen final teórico:** Oportivo. El examen será de 50 preguntas de opciones múltiples. Tribunal constituido por representantes de la Sociedad de Cirugía Plástica de Tucumán y de la Cátedra de Cirugía Plástica de la Pontificia Universidad Católica Argentina el día lunes 14 de diciembre del 2009. Deberá haber presentado la monografía.

**Monografía:** el tema lo distribuirá la Secretaría General

**Asistencia:** 75%

**Sede Central (4):**

Colegio Médico de Tucumán - Combate de las Piedras 496.

**Sedes optativas (5):**

Sanatorio del Norte Tucumán, Maipú 617, Tucumán.

CEMAP (Centro de Estética, Maxilofacial y Cirugía Plástica), Corrientes 6, Tucumán. TE: 4309380.)

American Catamarca Park Hotel, República 347, TE 3833 425444, S. F. del Valle de Catamarca.

Hotel Marina del Faro, Las termas, Santiago del Estero.



**Sociedad de Cirugía Plástica Estética y Reparadora de Rosario y Litoral**

**XVIII SIMPOSIO INTERNACIONAL DE CIRUGÍA ESTÉTICA - VIDEO ASISTIDO -**

**Tema:**  
"ACTUALIZACIÓN Y CONTROVERSIAS EN CIRUGÍA MAMARIA: ESTÉTICA Y REPARADORA"

<b>CIRUJANOS PLÁSTICOS EXTRANJEROS INVITADOS</b>	<b>CIRUJANOS PLÁSTICOS NACIONALES INVITADOS</b>
Dra. Liacyr Ribeiro (Brasil)	Dr. Guillermo Flaherty
Dr. José Yoshikazu Tariki (Brasil)	Dr. Aldo Motura
	Dr. Guillermo Vasquez
	Dr. Guillermo Siemieniczuk
	<b>CIRUJANOS MASTÓLOGOS NACIONALES INVITADOS</b>
	Dr. Eduardo Gonzalez
	Dr. Juan José D' Aloisio

**Organización:**  
Srta. Betiana: betalede@hotmail.com • Tel: 0341-4490932  
De 17 a 17hs  
Dr. Guillermo Juarraspe: cirpasi\_juarraspe@hotmail.com

04 y 05 de Septiembre de 2009  
Rosario • Argentina

Hotel Sheraton, Salta.

Te: (381) 4302238 – 156453028 - 4342611 – 155003505.

enrusconi@hotmail.com

robertoserrano@arnet.com.ar

**Carga total.** Horas cátedra: 300 horas

**Carga horaria, distribución**

- Carga horaria teórica (6): 200 horas
- Actividades prácticas (7): 100 horas

**Actividades teóricas**

- Teórico: Colegio Médico de Tucumán: 60 horas
- Preparación de monografía: 50 horas
- Preparación de examen: 16 horas
- Examen: 2 horas
- Jornadas de la Regional NOA en Santiago del Estero 2009: 9 horas
- Jornadas de la Regional NOA en Tucumán 2009: 9 horas
- Jornadas de la Regional NOA en Salta 2009: 9 horas
- Jornadas de la Regional NOA en Catamarca 2009: 9 horas
- XXXIX Congreso Argentino de Cirugía Plástica en Mar del Plata: 36 horas

- (1) *Todo cambio en el programa y/o punto no enunciado y/o conflicto que se presentare quedará a consideración de la Presidencia.*
- (2) *Todos los participantes deberán contar con una casilla de e-mail actualizada y vigente durante la duración del curso, a fin de informar eventuales cambios y novedades. Deberán además tener acceso a la tecnología para video conferencias. La sola inscripción implica la aceptación de lo reglado para el presente curso.*
- (3) *La Carga total horaria completado del curso en forma completa es de 300 horas cátedra. En caso de no rendir examen la carga horaria pasará de 300 a 100 horas. Todo cambio tanto en el programa queda sujeto a consideración de la Dirección del Curso.*
- (4) *Las Sedes Central y optativas, como así también los cambios que por fuerza mayor se deban realizar, serán definidos por la Presidencia con previo aviso.*
- (5) *Las Sedes Central y optativas, como así también los cambios que por fuerza mayor se deban realizar, serán definidos por la Presidencia con previo aviso.*
- (6) *Deberá acreditar los certificados correspondientes a las actividades según corresponda y se detallan en el programa.*
- (7) *Deberá acreditar actividad práctica.*

**Programa**

Programa Académico y Docente a desarrollarse en Salón de Actos de Colegio Médico de Tucumán, Combate de las Piedras 496 y/o por video conferencia.

Distribución horaria de cada tema: 3 horas cátedra.

*25-28 de marzo 2009*

**XXXIX Congreso Argentino de Cirugía Plástica**, Mar del Plata.  
Congreso Anual de la SACPER.

*24 de abril 2009*

**Distracción osteogénica**

**Malformaciones vasculares (hemangiomas)**

Prof. Dr. Pedro L. Dogliotti (UCA).

**Cirugía del rejuvenecimiento facial - Sus complicaciones**

Prof. Dr. Julio Cianflone (UCA).

*29-30 de mayo 2009*

**IV Jornadas Santiagueñas y III Jornadas del NOA**

Termas de Río Hondo (SCPSE)

*26 de junio 2009*

**Cirugía Maxilofacial: Materiales y su uso. Actualización.**

Dr. Serrano Alcalá Roberto (SCPT)

**Cirugía de órbita: Actualización.**

Dr. Corpacci Carlos Hugo (SCPT)

**Oncología de la piel: Actualización.**

Dr. Rusconi Enrique (SCPT)

*17 de julio 2009*

**Mastoplastias reductivas**

Prof. Dr. Enrique P. Gagliardi (UCA)

**Envejecimiento del tercio inferior de la cara: Actualización**

Prof. Dr. Braulio J. Peralta (UCA)

**Hilos tensores en Cirugía Plástica (cara, cuello, cejas, glúteos y piernas)**

Dra. Nora Petralli (Hospital Ramos Mejia)

*14-15 de agosto 2009*

**IV Jornadas del NOA y II Jornadas de Medicina Estética**

S. M. de Tucumán (SCPT).

*5 de setiembre de 2009*

**VI Jornadas de Trauma Craneomaxilofacial**

American Catamarca Park Hotel. República 347, TE 3833 425444

S. F. del Valle de Catamarca (SCPT).

Invitado de Honor: Dr. Marcelo Fígari

*25-26 de setiembre 2009*

**VI Curso Internacional de Cirugía Plástica y I Reunión Conjunta**

**NOA - NEA** (Regionales de la SACPER)

Salta (SCPS)

*9 de octubre 2009*

**Rinoplastias - Variantes técnicas**

Prof. Dr. Cesar Nocito (UCA)

**Tratamiento de tatuajes con láser. Complicaciones en Cirugía Plástica**

Dr. José Marcelo Robles (UCA)

*20 de noviembre 2009*

**Reducción mamaria - Mastoplastias aumentativas.**

Prof. Dr. Rubén Rosati (UCA)

**Legislación médica, su cumplimiento. Documentación médico-legal en Medicina.**

Prof. Dr. José Mobilo (UCA)

*14 de diciembre 2009*

**Clasificación de colgajos en úlceras por presión**

**Tratamiento tópico.**

Prof. Dr. Ricardo Yohena (UCA)

**Blefaroplastias transconjuntivales.**

Prof. Dr. Braulio J. Peralta (UCA)

**Examen final tipo *multiple choice*.**

Programa de Reuniones de la Regional NOA de la SACPER

25-28 de marzo 2009

**XXXIX Congreso Argentino de Cirugía Plástica**

Mar del Plata

29-30 de mayo 2009

**IV Jornadas Santiagueñas y III Jornadas del NOA**

Termas de Río Hondo (SCPSE).

14-15 de agosto 2009

**IV Jornadas del NOA, II Jornadas de Medicina Estética y****I Jornadas de residentes de Cirugía Plástica**

S. M. de Tucumán (SCPT).

5 de setiembre 2009

**VI Jornadas de Trauma Craneomaxilofacial**

American Catamarca Park Hotel, República 347, TE 3833 425444

S. F. del Valle de Catamarca (SCPT).

Invitado de Honor: Dr. Marcelo Figari

25-26 de setiembre 2009

**VI Curso Internacional de Cirugía Plástica y I Reunión Conjunta****NOA - NEA** (Regionales de la SACPER)

Salta (SCPS)

**XIV Simposio Internacional de Cirugía Plástica "Siglo XXI"**

Ciudad Autónoma de Buenos Aires (SCPBA).

Programa de Actividades de la SCPT para 2009

25-28 de marzo 2009

**XXXIX Congreso Argentino de Cirugía Plástica**

Mar del Plata

24 de abril 2009

**Curso Anual de Actualización en Cirugía Plástica (SCPT-UCA)****Distracción osteogénica****Malformaciones vasculares (hemangiomas)**

Prof. Dr. Pedro L. Dogliotti (UCA)

**Cirugía del rejuvenecimiento facial - Sus complicaciones**

Prof. Dr. Julio Cianflone (UCA)

Salón de Actos de Colegio Médico de Tucumán

Combate de las Piedras 496

29-30 de mayo 2009

**IV Jornadas Santiagueñas y III Jornadas del NOA**

Termas de Río Hondo (SCPSE)

5 de junio 2009

**VIII Jornada Universitaria de Cirugía Plástica****Capítulo Cirugía Palpebral**

Presidente : Prof. Dr. Enrique P. Gagliardi

Auditorium Santa Cecilia - Edificio San Alberto Magno

Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica

Argentina - Alicia Moreau de Justo y Chile (Puerto Madero), de

14:00 a 19:00 horas.

Invitado de Honor : Prof. Dr. Henri Friedhofer (Sao Paulo, Brasil)

17 de julio 2009

**Curso Anual de Actualización en Cirugía Plástica (SCPT-UCA)****Mastoplastias Reductivas**

Prof. Dr. Enrique P. Gagliardi (UCA)

**Envejecimiento del tercio inferior de la cara: Actualización**

Prof. Dr. Braulio J. Peralta (UCA)

**Hilos tensores en Cirugía Plástica (cara, cuello, cejas, glúteos y piernas)**

Dra. Nora Petralli (Hospital Ramos Mejía)

Salón de Actos de Colegio Médico de Tucumán

Combate de las Piedras 496

14-15 de agosto 2009

**IV Jornadas del NOA, II Jornadas de Medicina Estética y****I Jornada de Residentes de Cirugía Plástica**

S. M. de Tucumán (SCPT).

5 de setiembre 2009

**VI Jornadas de Trauma Craneomaxilofacial**

American Catamarca Park Hotel, República 347, TE 3833 425444

S. F. del Valle de Catamarca (SCPT).

Invitado de Honor: Dr. Marcelo Figari

11-12 de setiembre 2009

**XI Jornadas Interuniversitarias de Cirugía Plástica**

Presidente: Prof. Dr. Francisco Olivero Vila

Salón de Graduados - Pabellón Argentina - Córdoba

25-26 de setiembre 2009

**VI Curso Internacional de Cirugía Plástica y I Reunión Conjunta****NOA - NEA** (Regionales de la SACPER)

Salta (SCPS)

9 de octubre 2009

**Curso Anual de Actualización en Cirugía Plástica (SCPT-UCA)****Rinoplastias - Variantes técnicas**

Prof. Dr. Cesar Nocito (UCA)

**Tratamiento de tatuajes con láser - Complicaciones en Cirugía Plástica**

Dr. Marcelo Robles (UCA)

Salón de Actos de Colegio Médico de Tucumán

Combate de las Piedras 496



6 de noviembre 2009

**VI Jornada Universitaria de Complicaciones y Resultados Insatisfactorios en Cirugía Plástica - Capítulo Cirugía Palpebral**

Presidente: Prof. Dr. Braulio J. Peralta

Auditorium Santa Cecilia - Edificio San Alberto Magno

Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica Argentina - Alicia Moreau de Justo y Chile (Puerto Madero)

Invitado de honor: Prof. Dr. Henri Friedhofer (Sao Paulo, Brasil)

20 de noviembre 2009

**Curso Anual de Actualización en Cirugía Plástica (SCPT-UCA)**

**Reducción mamaria - Mastoplastias aumentativas**

Prof. Dr. Rubén Rosati (UCA)

**Legislación médica, su cumplimiento. Documentación médico-legal en Medicina**

Prof. Dr. José Mobilo (UCA)

Salón de Actos de Colegio Médico de Tucumán

Combate de las Piedras 496

14 de diciembre 2009

**Curso Anual de Actualización en Cirugía Plástica (SCPT-UCA)**

**Clasificación de colgajos en úlceras por presión – Tratamiento tópico**

Prof. Dr. Ricardo Yohena (UCA)

**Blefaroplastias transconjuntivales**

Prof. Dr. Braulio J. Peralta UCA)

**Examen Final tipo *multiple choice* – Entrega de certificados**

# REGLAMENTO DE PUBLICACIONES

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

## CONSIDERACIONES GENERALES

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

### 1. Preparación de manuscritos

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

### 2. Página inicial

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

### 3. Resumen del trabajo

Aparecerá en la segunda página. Se podrá estructurar en secciones y contendrá entre 100 y 200 palabras. En el resumen no deben aparecer siglas, abreviaturas ni referencias bibliográficas. Al final del Resumen se incluirán no más de tres "palabras clave" utilizando la lista del Medical Subject Headings del *Index Medicus*.

### 4. Cuerpo del trabajo

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

- A. Introducción.** En ella se establecen las bases de conocimientos y el propósito del trabajo. Se incluirán tan sólo las referencias bibliográficas indispensables.
- B. Material y métodos.** Se describirán con detalle el material (pacientes o animales de experimentación), incluyendo criterios de exclusión e inclusión. Asimismo, se explicarán detalladamente los métodos y técnicas empleados en el desarrollo del trabajo. La metodología estadística utilizada también se detallará, incluyendo sistemas informáticos y programas de tratamiento de datos y estadísticas.
- C. Resultados.** Los datos cuantitativos se deberán incluir en tablas o gráficos para evitar sobrecargar el texto y se numerarán por orden de citación en el texto, debiendo numerarse independientemente las Tablas y los Gráficos.
- D. Discusión.** En ella se comentan los hallazgos propios y se comparan los resultados con los obtenidos por otros autores.
- E. Conclusión.** Debe ser concisa.
- F. Agradecimientos.** Se citará el nombre de personas o instituciones que hayan colaborado en ciertos aspectos del trabajo: revisión, análisis estadístico, traducción, etc.

### 5. Bibliografía

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

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

### 6. Ilustraciones

Las fotografías pueden ser remitidas en blanco y negro o en color. Las fotos en color serán publicadas sin ningún costo adicional para el autor. El tamaño aproximado será de 150 x 120 mm, bien contrastadas, enfocadas y no retocadas. Las que correspondan al "antes" y al "después" deben ser tomadas en la misma posición, distancia y luminosidad. Al dorso de la ilustración se adherirá una

etiqueta en la que figurará una flecha que indique la posición, el número de ilustración y el nombre del primer autor. En las microfotografías se incluirá una barra de escala. Los dibujos deberán ser realizados por profesionales, preferentemente en tinta china, y se enviará en original.

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

## 7. Tablas y gráficos

Se incluirán en hojas separadas, una por página.

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

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

Lista de comprobación para los autores

- Original y una copia del trabajo, con resumen en inglés y a doble espacio.

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

## FOTOS PARA PUBLICAR EN LA REVISTA

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

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