

REVISTA ARGENTINA DE

# Cirugía Plástica

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



ASOCIACIÓN MÉDICA ARGENTINA



## COMISIÓN DIRECTIVA SACPER

Período abril 2009-2010

### Presidente

Dr. Carlos Alberto Perroni

### Vicepresidente

Dr. Carlos A. Reilly

### Secretario General

Dr. Walter Servi

### Prosecretario

Dr. Juan José Marra

### Tesorero

Dr. Francisco Errea

### Protesorero

Dr. Justo La Torre Vizcarra

### Secretario de Actas

Dr. Carlos Daniel Schreiner

### Director de Publicaciones

Dr. Omar Darío Ventura

### Subdirector de Publicaciones

Dr. Alfredo A. De Maussion

### Vocales Titulares

Dr. Sergio Marcelo Polichela

Dr. José Luis Soplán

Dr. Gustavo Prezzavento

Dr. Héctor Tito Leoni

### Vocales Suplentes

Dr. Luis Ignacio Odriozola

Dr. Gustavo Adolfo Ronchi

Dr. Alejandro Hugo Gutiérrez

Dr. Néstor Vincent

### Presidente anterior

Dr. Víctor Oscar Vassaro

## CAPÍPULOS, COMISIONES Y COMITÉS

Año 2009

### Capítulos

#### *Cirugía Estética*

Dr. Francisco Errea

#### *Quemados*

Dr. Gustavo Marenzi

#### *Cirugía Maxilofacial*

Dr. Juan M. Chavanne

#### *Cirugía Infantil*

Dra. Paulina Iwanyk

#### *Miembros, Mano y*

#### *Microcirugía*

Dr. Juan Carlos Rodríguez

#### *Mamas*

Dr. Omar Ventura

#### *Procedimientos complementarios miniinvasivos en Cirugía Plástica*

#### *Director:*

Dr. Javier Vera Cucchiario

#### *Directores Adjuntos:*

Dr. Sergio Mario Korzin

Dr. Néstor Martín Vincent

Dr. Patricio F. Jacovella

### 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

Dr. Rubén Rosati

### Comité de Ética

*Coord.:* Dr. F. Benaim

Dr. Guillermo Flaherty

Dr. Rodolfo Ramón Rojas

Dr. Carlos Caviglia Bosch

Dr. Jorge Buquet

### Comisión Informática

*Coord.:* Dr. Omar Ventura  
(Director de Publicaciones)

### Respuesta de e-mails

Dr. Francisco Jorge Famá

### Asesora de página web

Dra. Paulina Iwanyk

### Comisión de Asuntos Legales

*Coord.:* Dr. Francisco Famá

Dr. Luis Mario Ginesín

Dr. Carlos Emilio Sereday

Dr. Federico A. Deschamps

### Consejo de Relaciones Internacionales de la SACPER

*Coord.:* Dr. Guillermo

Alberto Flaherty

Dr. Omar Ventura (FILACP)

Dr. Enrique Gagliardi (IPRAS)

Dr. Carlos Reilly (Cono Sur)

Dr. Jorge Buquet (Cono Sur)

Dr. Juan Seiler (ISAPS)

Dr. Guillermo Vazquez (Capítulo FILACP)

Dr. Juan Carlos Rodríguez

(Capítulo FILACP)

### Comité de Recertificación

#### *Presidente:*

Dr. Julio Luis Cianflone

#### *Secretario:*

Dr. Jorge Alberto Herrera

#### *Vocales:*

Dr. Jorge Alberto Buquet

Dr. Alfredo J. Pardina

Dra. Martha Olga Mogliani

Dr. Pedro Luis Dogliotti

#### *Rep. de Comisión Directiva:*

Dr. Walter Servi

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

#### *Asesor*

Dr. Rodolfo Ramón Rojas

#### *Director General*

Dr. Carlos Alberto Perroni

#### *Coordinadora de Campaña*

Dra. Martha Mogliani

### Coordinadora Científica

Dra. Paulina Iwanyk

### Secretaria

Dra. Mirta Susana Moreno

### Tesorero

Dr. Francisco Errea (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*

Dr. Reilly

*Secretario General SACPER*

Dr. Carlos Servi

*Prosecretario General SACPER*

Dr. Juan Marra

### Comisión Asesora de Congresos

Dr. Abel Chajchir

Dr. Enrique Pedro Gagliardi

Dr. Horacio A. García Igarza

Dr. Luis Alberto Margaride

Dr. Carlos Rodríguez Peyloubet

Dr. Ricardo Yohana

### Videoteca

Dr. Justo La Torre Vizcarra

Dr. Fernando Tuccillo

### Relaciones con Filiales

Dr. Carlos Schreiner

Dr. Sergio Polichela

### Parlamentario

Dr. Tito Leoni

### Secretario de Difusión y Relaciones

Dr. Francisco Famá

## COMITÉ DE REDACCIÓN

### Director

Dr. Carlos Perroni

### Editora

Dra. Martha O. Mogliani

### Secretarios de Redacción

Dr. Omar Darío Ventura  
Dr. Alfredo De Maussion

### 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 2009 - 2010

**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. Francisco Famá

Vicepresidente: Dr. Guillermo Vázquez

Secretario General: Dr. Juan Carlos Rodríguez

**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. Eduardo Aubone

Vicepresidente: Dr. Sergio Pagani

Secretario Gral: Dr. Esteban Elena

**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: Dr. Javier Vera Cucchiari

Secretario: Dr. 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 Gutiérrez

Vicepresidente: Dr. Hugo Sánchez

Secretario Gral: Dr. Luis Sananes

### REGISTRO PROPIEDAD INTELECTUAL

Expediente N° 687144.

Inscripta en el Boletín de OPS/OMS.

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

La Revista 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

---

LA CIRUGÍA PLÁSTICA COMO CIENCIA, ARTE Y TÉCNICA	53
MANEJO DINÁMICO DE LA PTOSIS PALPEBRAL TRAUMÁTICA <i>Claudio N. Saladino, Manuel A. Viñal</i>	54
10 AÑOS DE EVOLUCIÓN EN MASTOPLASTIAS DE AUMENTO. CONSIDERACIONES TÉCNICAS SOBRE OBSERVACIONES ANATÓMICAS <i>Omar Ventura, Rubén Rosati, Vicente Mitidieri, Héctor Marino, Jorge Buquet</i>	62
LA IMPORTANCIA DEL MÚSCULO LISO AREOLAR EN EL CIERRE DE LAS INCISIONES AREOLARES <i>Guillermo Vázquez, Ernesto Moretti</i>	82
FEMINIZACIÓN FACIAL COMPLETA. REMODELACIÓN ÓSEA Y DE PARTES BLANDAS FACIALES <i>Marcelo R. Di Maggio</i>	90
DOCENCIA, CERTIFICACIÓN Y ACREDITACIÓN EN LA CIRUGÍA PLÁSTICA ARGENTINA <i>Fortunato Benaim</i>	95
39º CONGRESO ARGENTINO DE CIRUGÍA PLÁSTICA <i>Martha O. Mogliani</i>	100
NOTICIAS SACPER	102
NOTICIAS REGIONALES	104

# LA CIRUGÍA PLÁSTICA COMO CIENCIA, ARTE Y TÉCNICA

*La palabra “medicina” engloba a todas las especialidades médicas reconocidas. Dentro de ellas se encuentra la Cirugía Reparadora, Plástica y Estética, nuestra especialidad, que nace en la primera mitad del siglo pasado con la Primera y la Segunda Guerra Mundial, de manera organizada y reglada. Su nombre indica, por orden, los problemas abordados: “reparadora” de mutilaciones; “plástica” para el restablecimiento de funciones; y “estética” para mejorar defectos genéticos con fines psicológicos y como bien social.*

*Suele decirse que la medicina es una ciencia, un arte y una técnica; analicemos el dicho con respecto a nuestra especialidad.*

**Ciencia.** *Nuestra especialidad es una “ciencia”, pero no es una ciencia exacta: es una ciencia biológica. ¿Qué queremos significar? Las leyes en las ciencias biológicas se enuncian con posterioridad a la experimentación o a la observación; su cumplimiento no es ciento por ciento exacto, por lo que sus resultados son aproximaciones. Es un proceso inductivo por el que se llega a conclusiones generales a partir de casos particulares y nunca tiene una certeza total ni indudable. En cambio, las ciencias exactas parten de hechos teóricos que desembocan en el enunciado de una ley, por medio del razonamiento y la deducción. Se cumplen en el ciento por ciento de los casos y se basan en el método deductivo.*

*Esta gran diferencia no es habitualmente tomada en cuenta por la Ley.*

*Cuando examinamos a un paciente, tomemos como ejemplo una tumoración en piel, el proceso básico que realizamos consiste en observar la lesión, oír el relato del paciente de los diversos síntomas y signos y comparar dentro de nuestra mente con los diferentes prototipos estudiados y aprendidos sobre tumores de piel. Si de la comparación surge que hay una coincidencia importante, se podrá realizar un diagnóstico y, en consecuencia, un tratamiento. En esto se basa la patología médica: cuanto mayor sea nuestro conocimiento, mayor será la probabilidad de establecer un diagnóstico acertado y un tratamiento eficaz.*

**Arte.** *Nuestra especialidad también es un arte. Definiciones de arte las hay de las más variadas; pero los hechos artísticos son individuales, están realizados por una persona, y tienen que ver con la creación de ese individuo para establecer con los elementos con los que cuenta además y pasando por su persona, sentimientos, vivencias, etc. Los transforma, los reinventa dándoles un nuevo orden. En realidad, el arte no es la técnica, si bien se sirve de ella; el arte es el ojo del artista.*

*Ahora imaginemos que se nos presenta un paciente con un traumatismo en el rostro. Si está consciente podremos interrogarlo y con su relato, la observación y la semiología será posible aproximar un diagnóstico y confirmarlo con estudios complementarios. Si está inconsciente tendremos que basarnos en las lesiones que observemos, signos, síntomas y compararlos con experiencias anteriores y todo lo aprendido en trauma facial, para efectuar las maniobras adecuadas a fin de preservar la vida del paciente. El arte en nuestra especialidad es el método semiológico, que ordena todos los signos y síntomas, los procesa, crea un diagnóstico y de esta manera establece el tratamiento. Ésta es la actividad artística de nuestra especialidad.*

**Técnica.** *La técnica es un instrumento muy valioso en nuestra especialidad. La técnica quirúrgica permite al cirujano (un médico que sabe operar) llevar a cabo uno de los pocos procedimientos curativos que existen. Pero la cirugía y los cirujanos también requieren otros conocimientos y otra técnicas para su buen desarrollo, podemos decir que cada paso adelante para la cirugía que debe aprovechar los avances en los conocimientos fisiopatológicos o los avances diagnósticos, terapéuticos y quirúrgicos.*

*Nosotros como cirujanos, en esta, nuestra especialidad, debemos tener como hábito el conocimiento exhaustivo de las técnicas básicas y ampliarlas a nuevas técnicas, conocer los avances en técnicas diagnósticas y farmacológicas para de esta manera dominar nuestros propios límites, buscando el equilibrio en nuestras decisiones siempre a través del aprendizaje permanente y actuar bajo la seguridad de nuestros conocimientos y el control de las habilidades técnicas que tenemos.*

*En nuestra especialidad existe un objetivo superador y superior, que es el mantenimiento de la salud física, psíquica y de la vida del paciente a través de nuestra actividad personal, con nuestras habilidades, capacidades, cualidades, llevando a cabo una actividad estable y honrada; así, seguramente, esta profesión que hemos elegido será una de las fuentes más profundas de satisfacción personal.*

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



# MANEJO DINÁMICO DE LA PTOSIS PALPEBRAL TRAUMÁTICA

Claudio N. Saladino<sup>1</sup>, Manuel A. Viñal<sup>1</sup>

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

Premio Anual SACPBA 2008.

## RESUMEN

El aumento en la incidencia de traumatismos faciales secundarios a accidentes automovilísticos, agresiones en la vía pública u otras causas ha traído aparejado consecuentemente un incremento en la observación de otros cuadros clínicos, dentro de los cuales encontramos la ptosis palpebral traumática. De difícil diagnóstico en su fase inicial motivada por el edema o injuria de los tejidos, presenta a su vez dentro del trauma algunas variantes en su fisiopatología (traumática, mecánica, miogénica o pseudoptosis), las cuales es preciso conocer y diferenciar para indicar su adecuado tratamiento y el momento oportuno. En términos generales, cualquier lesión directa de las estructuras palpebrales requiere adecuada exploración para descartar lesión del músculo elevador si ésta se sospechase y su reparación por planos anatómicos. Se desaconseja, en esta etapa, realizar tipo alguno de plástica de acortamiento de este músculo dado que generalmente las condiciones de los tejidos no son las adecuadas y se pueden ver con frecuencia sobrecorrecciones. En los casos en que se asocia a fracturas de la cavidad orbitaria (mecánica en casos de fractura de techo o pseudoptosis secundaria a enoftalmos traumático), la reparación oportuna de las estructuras óseas comprometidas representa el tratamiento de elección. Si lo que está comprometido es el aporte nervioso, en general se aconseja mantener un período de espera de por lo menos 6 meses en el cual se ha observado la remisión de la mayoría de los casos. En aquellos casos en los cuales persista como secuela algún grado de ptosis, su tratamiento seguirá las pautas normalmente utilizadas para casos no traumáticos teniendo en cuenta consideraciones particulares por el eventual daño sufrido por los tejidos y su respuesta cicatrizal. Se dan pautas de tratamiento en función de la etiología y el tiempo transcurrido.

## INTRODUCCIÓN

La región orbitaria es, por su ubicación, objeto cada vez más frecuente de injurias por traumatismos (accidentes de tránsito, violencia). Constituye la 2da fractura más frecuente del esqueleto facial, luego de las fracturas nasales. Si bien el diseño de la arquitectura ósea de la región le permite absorber la mayor parte de los traumatismos, los elementos nobles aquí contenidos resultan con frecuencia comprometidos en el proceso, lo que da lugar a distintos cuadros clínicos. En este contexto, la incidencia de ptosis palpebral traumática se ha incrementado considerablemente. Es cada vez vista con mayor frecuencia y su manejo representa un desafío. El daño a las estructuras oculares puede ser secundario indirectamente a un trauma contuso o por laceraciones traumáticas. El músculo elevador puede lesionarse directamente o a veces comprometer su función por lesión de su aporte nervioso. En muchas ocasiones, las heridas de los párpados se asocian con lesiones concomitantes que revisten prioridad en el orden de tratamiento, especialmente cuando conllevan riesgo de vida. Otras veces, a pesar de que las heridas palpebrales son oportunamente tratadas, el importante edema local puede enmascarar una desinserción o daño de la aponeurosis del elevador, que conduce a una ptosis residual al cabo de unos días de resuelto el edema.

Con el propósito de presentar nuestra experiencia y proponer una conducta de diagnóstico y tratamiento de esta patología se realiza el presente trabajo.

## ANATOMÍA

### Consideraciones anatómicas

La **órbita**, desde el punto de vista quirúrgico, puede ser conceptualizada como una pirámide de base anterior. Este modelo puede dividirse en tres secciones: el *sector anterior* correspondiente al reborde orbitario, la *sección media* y la *sección posterior*, que correspon-

de al cono de la órbita. El reborde orbitario presenta tres secciones, correspondientes al *malar o cigoma* en posición lateral e inferior, el *sector supraorbitario*, en posición superior y lateral, y finalmente el *nasoetmoidal* en posición medial. La sección media presenta cuatro divisiones correspondientes al *piso*, *techo* y *paredes laterales y mediales*. Esta sección media está compuesta por hueso fino y delicado. Es importante conocer detalladamente la forma y característica de cada sección a los fines de poder reproducirla en procedimientos reconstructivos. Por último, la sección posterior, que incluye el foramen óptico, está constituida por hueso de mayor densidad y por lo general es el límite de los defectos óseos que se observan el curso de una exploración orbitaria por fractura de sus paredes.

Por su parte el **músculo elevador** de los párpados se ubica en la porción superior de la órbita y se origina en el ala menor del esfenoides, por encima del foramen óptico. Inicialmente, en su porción infraorbitaria, de trayecto horizontal, es angosto y compuesto por fibras musculares. Aquí se relaciona con el nervio frontal, el músculo oblicuo mayor y, por debajo, con el recto superior. A nivel del párpado se ensancha, continuándose con una estructura aponeurótica que se inserta en la cara anterior del tarso, emitiendo a su vez prolongaciones a la piel atravesando el músculo orbicular y dando lugar a la conformación del surco palpebral superior. Por encima del tarso el músculo elevador está separado del septum orbitale por un tejido graso laxo preaponeurótico, relación que se manifiesta constantemente y que facilita su identificación y aislamiento. En su cara profunda, en el punto de diferenciación entre músculo y aponeurosis, se desprende un fascículo muscular de fibras lisas, que se inserta en el borde superior del tarso y que lo separa de la conjuntiva: éste es el músculo de Muller, con acción simpaticodependiente. Lateralmente, el músculo elevador presenta dos expansiones aponeuróticas conocidas como cuernos del elevador, de las cuales la externa divide a la glándula lagrimal en dos fascículos antes de insertarse en el tubérculo de Whitnall.

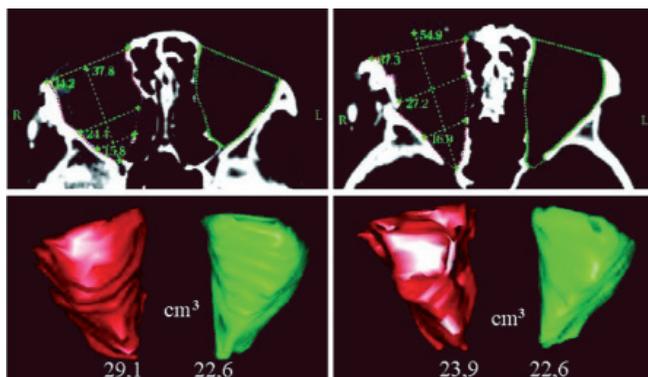


Figura 1. Detalle tomográfico con reconstrucción tridimensional y cálculo de volúmenes orbitarios. En la imagen de la izquierda se observa cómo variaciones en el eje de la pared lateral y medial de la órbita influyen en el volumen orbitario y por consiguiente en la posición del globo ocular.

## DIAGNÓSTICO

En general, en las primeras horas posteriores a un traumatismo orbitario, el examen físico se dificulta por el importante edema así como por la presencia de lesiones asociadas. El énfasis en este examen inicial radica en establecer la salud y viabilidad ocular, descartar lesiones asociadas de mayor relevancia y establecer la indemnidad ósea de la región. En este examen inicial, resulta importante evaluar las heridas locales, estén o no suturadas (por la posibilidad de compromiso de estructuras profundas), asimetrías respecto del lado contralateral, hipoestusias, limitación de los movimientos oculares que orientaran hacia algún tipo de compromiso orbitario. La innervación del músculo elevador está dada por el III par, por lo cual la asociación de un cuadro de ptosis con oftalmoplejía externa (VI par) y anestesia corneal (ramas nasociliares) nos orientará hacia patología ubicada a nivel de la hendidura esfenoidal en su porción superior, y cuando se acompañe de trastornos visuales nos orientará hacia el cono orbitario.<sup>11,12</sup>

Dado que, salvo excepciones, los traumatismos no constituye una urgencia absoluta, una vez reducido el edema debe realizarse un nuevo examen clínico, en el cual, además de volver a evaluar lo anteriormente expuesto, pondremos énfasis en el examen ocular específico. Dentro de esta nueva examinación incluiremos el grado de función del elevador, grado de ptosis, identificación del fenómeno del Bell, así como deformidades palpebrales, entropión, ectropión, adhesiones entre el elevador y el globo ocular, presencia de pliegue palpebral, balance muscular extraocular y sensibilidad corneal. La agudeza visual y estado del aparato lagrimal así como presencia de cuerpos extraños se efectúan de rutina.<sup>16</sup>

### Diagnóstico por imágenes

Sin duda, uno de los factores que han contribuido enormemente a la resolución de fracturas faciales es el desarrollo de modernos y sofisticados sistemas de diagnóstico por imágenes. La tradicional Rx simple, solicitada de rutina, ya no juega un papel protagónico y mantiene su utilidad como medio comparativo con imágenes similares tomadas en el posoperatorio. Gran parte del diag-

nóstico de fracturas faciales se ha acelerado gracias a la utilización de la tomografía computada. En estos casos, los cortes axiales, coronales y eventualmente sagitales del macizo facial nos proporcionan los elementos necesarios para diagnosticar este tipo de patología y su posible relación con las partes blandas vecinas, y ayudan en su correlación con el diagnóstico clínico. También nos permite el cálculo del volumen orbitario en aquellos casos en los cuales exista algún desbalance del mismo (Figura 1). Sin embargo, la utilidad de este método se ve limitada al tejido óseo, y es de menor aprovechamiento para visualizar lesiones de partes blandas. La resonancia magnética, rara vez solicitada en estos casos, constituiría una alternativa valiosa por su visualización más detallada del contenido infraorbitario.<sup>11</sup>

### Diagnóstico diferencial en la ptosis postraumática

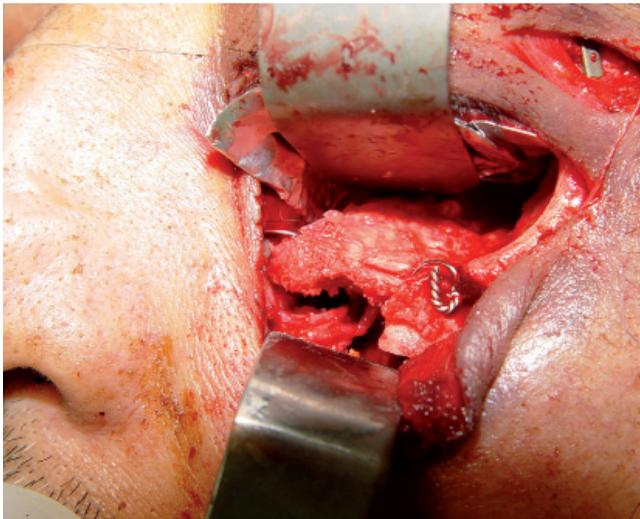
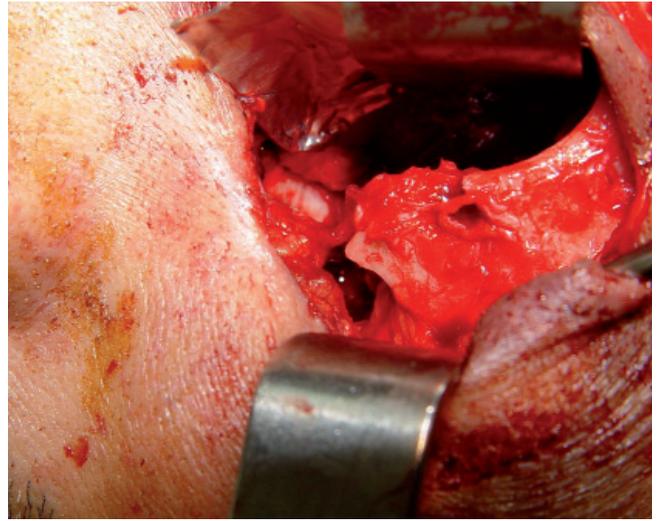
Una vez determinada la presencia de una ptosis palpebral en el contexto de un trauma facial, deberemos discriminar su etiología de manera de encaminar el tratamiento adecuado. Al igual que en la clasificación de ptosis convencional podemos distinguir en esta entidad las siguientes etiologías:

- **Neurogénica:** por afectación de su aporte nervioso en algún sector de su recorrido (síndrome de la hendidura esfenoidal, síndrome del cono orbitario).
- **Mecánica:** en aquellos casos en que su relación con el techo orbitario se vea afectada (p. ej., fracturas de techo de órbita, seno frontal).
- **Traumática:** por lesión directa del músculo elevador del párpado o estructuras que se relacionen con él.
- **Pseudoptosis:** en aquellos casos en los cuales el volumen orbitario se ve afectado, modificando la relación del borde ciliar con el borde corneal secundaria a un enoftalmos traumático o lesión del globo ocular.

### SECUENCIA DINÁMICA DE TRATAMIENTO

Una vez efectuado el diagnóstico de ptosis palpebral en el contexto de un traumatismo orbitario, es necesario establecer su etiología a fin de determinar las pautas de tratamiento y el momento oportuno de su realización.

Aquellos casos en los que se constata lesión directa de las estructuras palpebrales superiores ameritan la exploración y reparación inmediata. Cabe destacar que, con frecuencia, el edema, sangrado, complejidad del traumatismo y el estado general del paciente no brindan el adecuado contexto para su tratamiento, por lo cual muchas veces es preferible efectuar una limpieza del sitio dañado, dejar un cierre superficial temporario con oclusión palpebral, para volver a explorar en las horas subsiguientes bajo condiciones más favorables. En este primer acercamiento, todos los esfuerzos estarán destinados a la identificación de las diferentes estructuras anatómicas, su aislamiento y reconstrucción por planos, teniendo siempre como premisa la cobertura y preservación del globo ocular. No es aconsejable realizar en este momento procedimientos que involucren algún tipo de plásti-



**Figuras 2 a 5.** Paciente con lesión grave de órbita y estructuras palpebrales. Detalle intraoperatorio de la reconstrucción orbitaria con autoinjertos óseos. Detalle posoperatorio a los 6 meses, que muestra restitución de las estructuras palpebrales luego de la reparación anatómica de éstas.

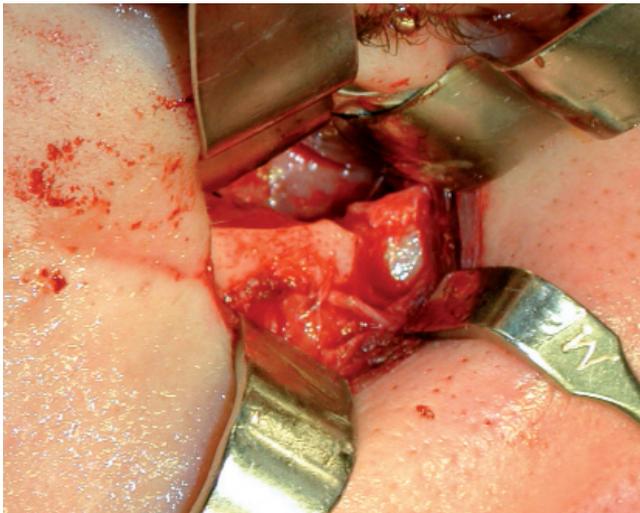
ca del músculo elevador, ya que el trauma circundante altera las condiciones que nos permiten objetivar la correcta posición del margen ciliar superior. Aquellos pacientes recibidos con heridas suturadas en otro sitio, en los que sospechemos compromiso de los planos profundos sin tratamiento, deberían ser reevaluados en la sala de operaciones a fin de restituir la anatomía normal de la región (**Figuras 2-5**).<sup>2,11,14</sup>

En los casos de fracturas orbitomales con compromiso de sus paredes o piso, es frecuente encontrar asimetrías en la posición del párpado afectado, pero por un desbalance entre el contenido y el volumen de la cavidad orbitaria, constituyendo, como se expuso anteriormente, una pseudoptosis que no requeriría otro tratamiento que la reconstrucción de las estructuras óseas afectadas (**Figuras 6-9**).

En fracturas del reborde superior y techo orbitario, se produce generalmente una alteración en la función del elevador por un mecanismo distinto, esto es, por una acción mecánica directa, ya sea sobre el músculo elevador o sus estructuras vecinas. En

estos casos, nuevamente el enfoque estará destinado a restaurar la correcta anatomía ósea local y controlar la evolución ulterior (**Figuras 10-14**).

Las estructuras de aporte nervioso del músculo elevador (III par) pueden afectarse de manera traumática directa en algún punto de su recorrido o bien en forma indirecta por el edema o colecciones generadas por el traumatismo. En la primera de las alternativas, la reconstrucción orbitaria oportuna es el tratamiento de elección, en tanto que en el resto de los casos, en los que no se constaten por los métodos de diagnóstico alteraciones anatómicas, la indicación será mantener una conducta expectante dado que gran parte de estos cuadros remite espontáneamente antes de los 6 meses. En el caso de que se dé ptosis paralítica por lesión del III par acompañada de oftalmoplejía y anestesia corneal, la reparación debe tener como consideración que va a dejar al descubierto dos problemas como la indemnidad corneal y una diplopía severa capaz de ser corregida sólo en el plano horizontal, por lo que en muchos casos se desaconseja tratamiento alguno. (**Figuras 15-16**).<sup>2,10,14,15</sup>



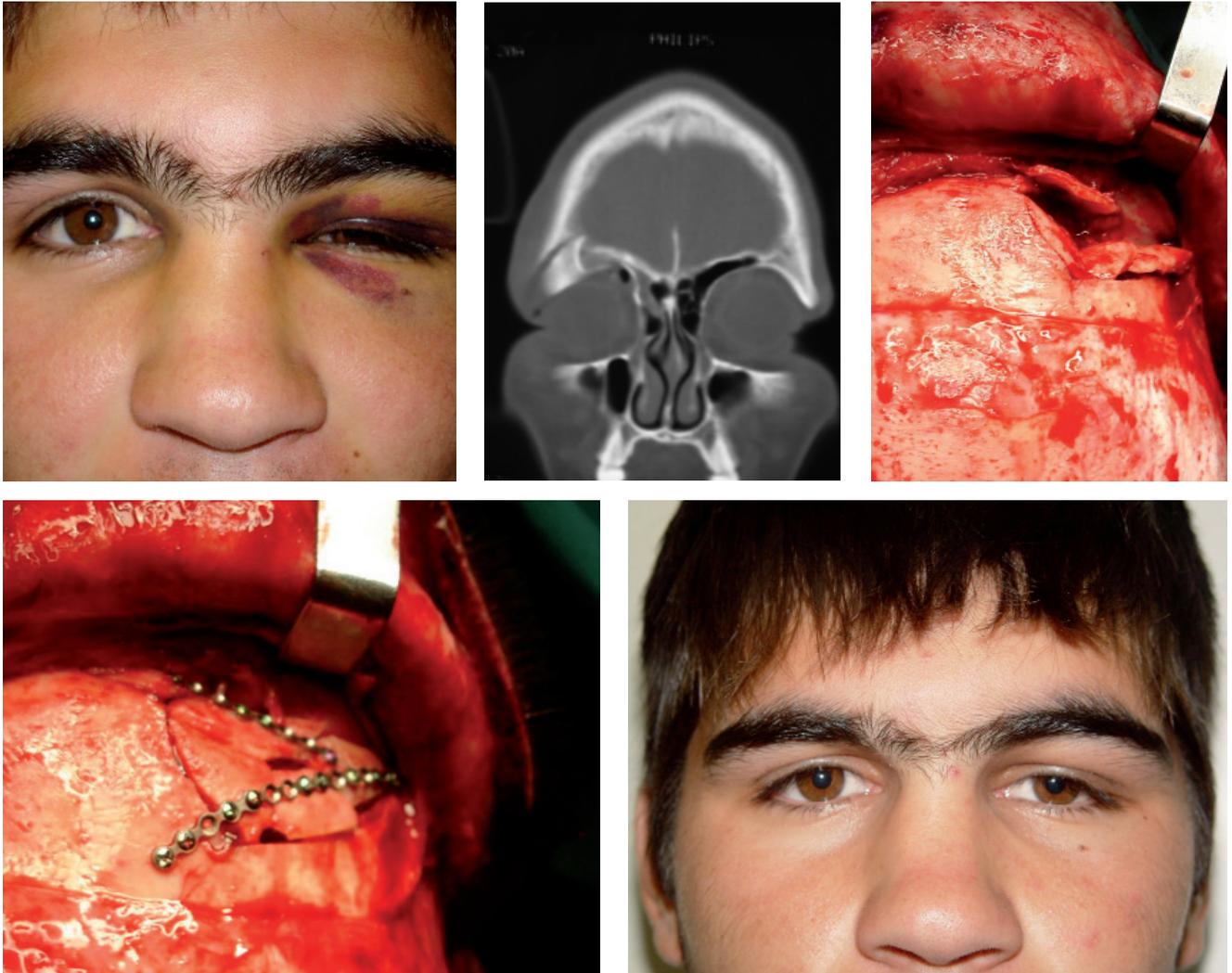
**Figuras 6 a 9.** Paciente con fractura de piso y pared medial de órbita con pseudoptosis resultante, secundaria al enoftalmos. El posoperatorio muestra corrección de la relación palpebral luego de reconstruidas las estructuras afectadas a nivel del piso y pared interna (sin tratamiento del músculo elevador).

Una vez establecido el diagnóstico de ptosis palpebral traumática, sea por lesión directa de las estructuras musculares o bien como secuela de un traumatismo con o sin tratamiento oportuno (luego de un período prudencial), se indicará el abordaje y reparación de las estructuras dañadas o bien la plástica con objeto de recomponer la normal relación del párpado superior con el globo ocular.

Bajo anestesia general o local con sedación leve (preferimos esta última por la posibilidad de hacer colaborar al paciente con movimientos que permitan la identificación del músculo elevador generalmente distorsionado por fibrosis cicatrizal y que permitan determinar la posición ideal en el intraoperatorio) se procede a incidir en el sitio del pliegue palpebral si lo hubiese. El músculo orbicular y luego el septum orbitale son cuidadosamente identificados y seccionados, observándose la herniación del contenido graso subyacente, el cual mantiene un plano areolar de clivaje con el músculo elevador, relación constante que nos permite identificar y aislar su estructura de los tejidos vecinos. Es frecuente encontrar mayor grado de sangrado ocasionado por el proceso cica-

trizal, por lo que es preferible hacer hemostasia con compresión y evitar el uso excesivo de la electrocoagulación para minimizar la formación de más fibrosis. En este punto y de acuerdo con el grado de ptosis y función del músculo elevador, procederemos a efectuar los distintos tipos de plástica reparadora. En aquellos casos con ptosis leve (1-2 mm) y con buena función muscular mayor de 10 mm, la plicatura de la aponeurosis debería ser suficiente efectuando puntos en U, que toman por un lado el tejido aponeurótico y por otro la superficie anterior del tarso, con prolene 4-0 en número de tres, siendo el primero a nivel de la línea medio pupilar que guiará, controlado en forma dinámica con el paciente sentado en la mesa de operaciones, la ubicación de los restantes y grado de plicatura necesario para obtener el resultado previsto (**Figuras 17-18**).<sup>2,3,5,6,11,14,15</sup>

En casos más severos (con moderada función del elevador [ $> 4$  mm] y ptosis  $> 3$  mm), encontramos útil combinar plicaturas más generosas con puntos de suspensión al ligamento de whitnall, que actúa aquí como refuerzo estático de la plástica efectuada. En estos



**Figuras 10 a 14.** Paciente con ptosis mecánica secundaria a fractura de techo orbitario y seno frontal. Detalle intraoperatorio de la reconstrucción anatómica y detalle del posoperatorio, en el que se constata importante mejoría y edema residual en párpado superior.

pacientes, si el tejido palpebral no se encuentra dañado por heridas previas, es factible realizar una disección del músculo, liberando el plano conjuntival y preaponeurótico, y efectuar una resección con acortamiento del músculo elevador a la manera de Berke. Esta técnica permite una fijación más firme y duradera al tarso. En aquellos casos en los que ha habido lesión directa del músculo elevador o abordajes previos, este tipo de tratamiento puede dejar lesiones de la conjuntiva con posibilidad de adherencias al globo ocular en el posoperatorio. (Figuras 19-22) <sup>2,3,5,6,11,14,15</sup>

Si con estos métodos no fuese suficiente para restaurar la anatomía normal, sea por función deficiente por presencia de abundante tejido cicatrizal o por compromiso del aporte nervioso, la utilización de técnicas de suspensión frontal (técnica de Crawford modificada) solas o combinadas con alguna de las anteriores constituyen nuestro tratamiento de elección. Preferimos como material, la aponeurosis temporal por su proximidad al campo quirúrgico, facilidad de obtención y mínima morbilidad comparada con el uso de fascia lata. (Figuras 23-27). En esta técnica se comunica básicamente

la superficie anterior del tarso con el músculo frontal al cual se solidariza mediante tientos de aponeurosis o fascia los cuales movilizaran y facilitarán la apertura palpebral durante la contracción de este músculo. La disposición de los tientos admite variaciones y permite correcciones en el postoperatorio de acuerdo al resultado estético y funcional. <sup>2,3,5,6,11,14,15</sup>

## COMPLICACIONES

Está descrita, en el posoperatorio de estos casos, la observación de lagoftalmos, entropión, sobre o subcorrecciones, queratitis, úlceras de córnea, abombamiento tarsal por las suturas, adherencias conjuntivo-oculares. El lagoftalmos se puede dar con resecciones importantes o sobrecorrecciones, el entropión es factible que ocurra cuando existe acortamiento de la lamela media por lesión inadvertida durante la disección o por compromiso fibrótico por el trauma mismo. El abombamiento tarsal se observa en aquellos casos de resección insuficiente de tejido cicatrizal o bien



Figuras 15 y 16. Paciente con ptosis palpebral, oftalmoplejía, anisocoria e hipoestesia corneal secundaria a lesión traumática indirecta del III par craneal, en el contexto de un traumatismo orbitario sin alteraciones radiológicas. Evolución a la normalidad a los 6 meses sin tratamiento alguno.



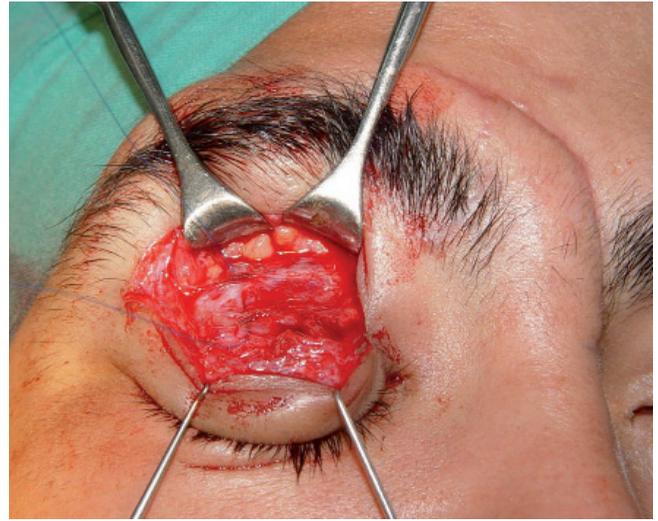
Figuras 17 y 18. Paciente con secuela de fractura nasoetmoideoorbitaria con ptosis leve derecha. Posoperatorio al año, luego de reconstrucción nasal y plicatura de la aponeurosis del músculo elevador.

cuando las suturas de anclaje a la superficie del cartílago han sido demasiado profundas, o bien las tomas grandes, esta última situación se puede asociar a erosiones corneales por acción de estas suturas. Se puede observar una pobre definición del surco en aquellos casos en los cuales no se ha suturado adecuadamente la piel al músculo orbicular y estructuras tarsales. En caso de quedar defectos de conjuntiva por alguno de los motivos expuestos previamente, se pueden generar adherencias con la superficie del globo ocular. Por esto resulta fundamental el examen físico, analizando el estado ocular previo a la cirugía, haciendo énfasis en los mecanismos de protección del ojo (fenómeno de Bell, correcto funcionamiento del aparato lagrimal). Es importante dejar una buena oclusión ocular y lubricación luego de la cirugía, sea por tarsorrafia, colocación de puntos de *frost* y utilización de unguen-

to oftálmico hasta normalizarse la posición del párpado afectado y constatar que la córnea tenga una correcta cobertura. En general son infrecuentes los casos de infecciones dada la rica vascularización de la región. Se han observado procesos inflamatorios como resultado del uso de materiales aloplásticos, sobre todo en la corrección mediante la técnica de suspensión frontal.<sup>2,3,5,6,11,14,15</sup>

## DISCUSIÓN

En las últimas décadas los avances en la creación de redes de emergencias así como el desarrollo de sistemas de diagnóstico por imágenes, han permitido que mayor número de pacientes víctimas de accidentes lleguen con vida y con un diagnóstico a la sala de operaciones. En muchos sitios la premisa es la intervención precoz a fin de evitar lo que se



Figuras 19 a 22. Paciente con ptosis palpebral traumática grave por lesión directa del músculo elevador. Exploración y reparación del músculo elevador con técnica de resección. Detalle intraoperatorio mostrando reparo al ligamento de Whitnall, el cual se ha utilizado como complemento para una suspensión estática.

denomina la doble injuria a los tejidos, es decir una primera causada por el accidente en sí y una segunda por un proceso quirúrgico de ser requerido. Esta conducta permite obtener mejores resultados en cuanto a la reconstrucción de tejidos óseos dañados, pero enmascara por otro lado el diagnóstico oportuno de otro tipo de lesiones, entre las que se encuentra la ptosis palpebral traumática.

Estos casos se ven frecuentemente asociados a heridas palpebrales complejas o avulsión traumática de tejidos, así como en el contexto de un traumatismo orbitario con o sin fractura de las estructuras óseas de la región. Tal situación requiere usualmente exploración quirúrgica, identificación y reconstrucción de los planos anatómicos dañados. De acuerdo con la etiología, el tratamiento podrá variar desde una compleja reconstrucción orbitomalar hasta una conducta expectante en el caso de compromiso del aporte nervioso del músculo elevador, evaluándose una plástica diferida. Dado que los tejidos se encuentran con frecuencia comprometidos o distorsionados por fibrosis, no resulta extraño observar en el posoperatorio sobrecorrección en la plástica efectuada, por lo que muchas veces

es aconsejable aguardar un tiempo prudencial para la realización de ésta. En tales casos la técnica de resección del elevador resulta preferible, cuando sea factible realizarla, resecar el tejido fibrótico cicatrizal para evitar recidivas o malos resultados, liberar las expansiones laterales para evitar dañar las estructuras vecinas y obtener, de este modo, una fijación más firme y estable. En general, encontramos que es necesaria menor cantidad de resección de tejido muscular en comparación con casos no traumáticos, con una medida usual de entre 14 y 18 mm. No obstante, es preferible una leve sobrecorrección a una subcorrección, ya que la primera es factible de ser tratada con masajes locales o eventualmente liberación parcial de las suturas, en tanto que la segunda implicaría forzosamente un nuevo abordaje y corrección con una disección mucho más difícil.

De todo lo expuesto anteriormente resulta importante conocer esta entidad, así como sus distintas etiologías y alternativas y tiempos de tratamiento, para lograr de esta manera resultados más predecibles y con menos complicaciones.



**Figura 23 a 26.** Paciente con ptosis traumática directa por lesión a nivel supraciliar de 2 meses de evolución. Exploración y reconstrucción de estructuras anatómicas que muestra importante lesión de la porción muscular. Posoperatorio mediato en el que se constata aceptable aspecto estético con mala función. Reintervención a los 6 meses complementando con técnica de suspensión frontal utilizando aponeurosis temporal.

## REFERENCIAS

1. Anderson, R., upper blepharoplasty combined with levator aponeurosis repair in Putterman "Cosmetic Oculoplastic Surgery" 2nd ed. Saunders. 1993
2. Berke, R N "Surgical treatment of traumatic blepharoptosis." *Plastic & Reconstructive Surgery*. 51(1):102, January 1973.
3. Betharia SM, Kumar Sushil "Levator surgery in post traumatic ptosis". *Indian journal of ophthalmology*. Vol 35 N.3 p. 132-135. 1987
4. Carraway J. "Cosmetic and functional considerations in Ptosis surgery. The elusive perfect result" *Clinics in Plastic Surgery* Vol. 15 N. 2. 1988
5. Crawford JS. Repair of ptosis using frontalis muscle and fascia lata: a 20-year review. *Ophthalmic Surg*. Aug 1977;8(4):31-40.
6. Jelks, Glenn, Smith Byron, " Reconstruction of the eyelids and associated structures" in *McCarthy's Plastic Surgery Face* vol 2 p 1671 1990
7. Manson, Paul " Facial Injuries" in *McCarthy Plastic Surgery* p 867 1990 Vol 2 part 1
8. McCord Clinton, "The evaluation of the patient with ptosis" *Clinics in Plastic Surgery*. Vol 15 N. 2 1988
9. Mladick, Richard A "Blepharoptosis after traumatic third nerve palsies." *Plastic & Reconstructive Surgery*. 66(6):860, December 1980.
10. Manson, Paul " Facial Injuries" in *McCarthy Plastic Surgery* p 867 1990 Vol 2 part 1
11. Mustardé, J. C. "repair and reconstruction in the orbital region" 2nd ed. Livingston. Edinburgh. 1980
12. Siegel, Richard "Essential anatomy for contemporary upper lid blepharoplasty" *Clin. In plast Surg*. Vol 20 n. 2 1993
13. Tessier P. "injuries of the eyelids". In "Plastic Surgery of the orbit and eyelids" p. 328 Masson publishing 1981
14. Tessier P. ptosis. In "Plastic Surgery of the orbit and eyelids" p. 261. Masson publishing 1981
15. Tellioglu, Ali Teoman M.D.; Saray, Aydn M.D.; Ergin, Ahmet M.D Frontalis Sling Operation with Deep Temporal Fascial Graft in Blepharoptosis Repair.. *Plastic and Reconstructive Surgery*. Vol 109(1):243-248, January 2002.
16. Zide B, Jelks G. "Surgical anatomy of the orbit" Raven Press 1990
17. Zide BM, Jelks GW. *Surgical Anatomy of the Orbit*. *Plastic & Reconstructive Surgery*. 74(2):301-305, August 1984.



# 10 AÑOS DE EVOLUCIÓN EN MASTOPLASTIAS DE AUMENTO CONSIDERACIONES TÉCNICAS SOBRE OBSERVACIONES ANATÓMICAS

Omar Ventura<sup>1</sup>, Rubén Rosati<sup>1</sup>, Vicente Mitidier<sup>2</sup>, Héctor Marino<sup>1</sup>, Jorge Buquet<sup>1</sup>

1. Miembro Titular de SACPER. 2. Profesor Adjunto de II Cátedra de Anatomía de Facultad de Medicina de la UBA.

Premio Senior - 39º Congreso Argentino de Cirugía Plástica. Mar del Plata - marzo de 2009 (compartido).

## RESUMEN

Los autores presentan su experiencia sobre más de 2000 casos de mastoplastias de aumento, de los cuales analizan 400 y exponen las conclusiones. Basándose en investigaciones cadavéricas y en la bibliografía, hacen una exhaustiva descripción anatómica de la región, con especial interés en los puntos que conciernen a la técnica quirúrgica, como las aponeurosis de los músculos pectorales. Se explica la preferencia del plano subfasial para la colocación del implante en los casos con suficiente cobertura de partes blandas y se describe el *dual plane* utilizado en pacientes con *pinch test* de menos de 2 cm. Se detalla la utilización de un zócalo aponeurótico para mejorar el sostén del implante en el tiempo. Se presentan las complicaciones encontradas.

## SUMMARY

The authors present their experience over more than 2000 cases of augmentation mastoplasty, of which they analyze 200 cases, and render their conclusions. Based on cadaveric investigation and on the bibliography, they make an exhaustive anatomic description of this area, aiming especially to those points, as the pectoralis fascias, that concern surgical technique. Their choice of the subfasial plane for placing the implant in cases with enough cover is explained. The dual plane used on cases with a pinch test of less than 2 cm is described. An aponeurotic shelf for a better support of the implant is used on most cases. A list of complications is presented.

## INTRODUCCIÓN

Hace ya 10 años que comenzamos a observar críticamente los resultados de nuestros implantes con la intención de optimizarlos. El advenimiento de implantes de siliconas de mejor tecnología supuso ya de por sí un cambio general en los resultados y un punto de inflexión en las técnicas quirúrgicas.

En 1999 descubrimos un plano más anatómico para colocar los implantes, diferente del subglandular y el submuscular. Éste era el plano subfasial. La revisión literaria referente a la anatomía nos alentó a continuar profundizando el tema. Disecciones cadavéricas y observaciones anatómicas hechas *in vivo* en las grandes reducciones mamarias completaron nuestras observaciones.

Este plano se localizaba detrás de la aponeurosis del músculo pectoral (FP: fascia pectoral), y lo consideramos a partir de ese momento como el cambio lógico cuando la indicación era el plano subglandular. Este último fue abandonado definitivamente en nuestras mastoplastias primarias.

Suponíamos en ese momento que el nuevo plano subfasial (SF) podría ser el reemplazo del plano submuscular y, desde luego, del subglandular.

El fin perseguido era eliminar la impronta muscular ante la contractura voluntaria del músculo pectoral en el implante submuscular y obtener la ventaja de este plano al eliminar el *rippling* (Figura 1).

En el año 2000, publicaciones internacionales daban cuenta con entusiasmo de la misma observación, con buenos resultados.<sup>1-4</sup> No fue tenida en cuenta entonces una publicación en la Revista Argentina de Cirugía Plástica del año 1998 que ya describía el plano, aunque

no profundizaba en las razones para adoptarlo.<sup>5</sup> Jack Davis también incursionó en este bolsillo varios años antes.

Muchos artículos se sucedieron luego, siempre enfocando una cobertura subfasial parcial.<sup>6,7</sup> Nuestra coincidencia con los beneficios de este plano fue diferente en lo referente a la superficie a cubrir. Publicamos y presentamos una cobertura subfasial total o “extendida”, donde a la fascia del pectoral se le sumaba la aponeurosis o fascia del serrato, oblicuo externo y excepcionalmente el recto.<sup>8,9</sup>

El plano submuscular no fue totalmente abandonado y se reservó para casos de pacientes extremadamente delgadas o cirugías reconstructivas. Nuestra evolución, investigación y evaluación de resultados se desarrolló en diferentes ítems que expondremos y que fueron publicados por separado. Estas publicaciones pueden diferir en algunos conceptos con nuestro pensamiento actual, debido a la evolución de la metodología aplicada, parte de una dinámica intelectual que, llevada a la práctica, nos ha permitido evaluaciones críticas, motivo fundamental de este trabajo.

## ANATOMÍA QUIRÚRGICA DE LA GLÁNDULA MAMARIA (Figura 2)

En la investigación bibliográfica y en disecciones cadavéricas hemos encontrado respuesta a la diversidad de incógnitas de la anatomía en relación con las mastoplastias de aumento.

La mama es una glándula sudorípara modificada, especializada en la producción de leche. Se encuentra ubicada en el espesor de la fascia superficial de la pared torácica, conectada a la piel mediante sus conductos excretores. Su crecimiento se inicia con la diferenciación del

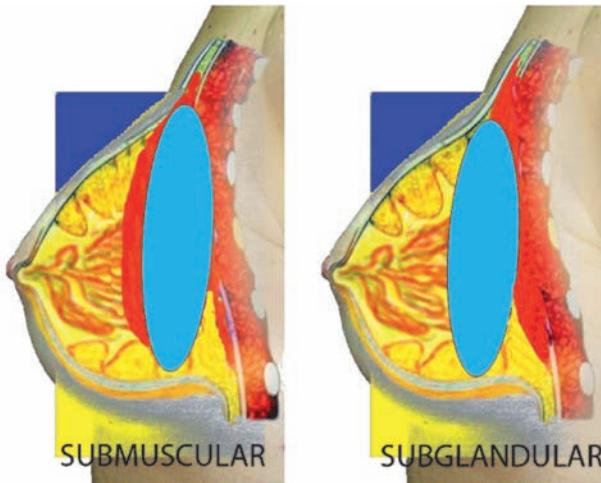


Figura 1.

epitelio cutáneo del ectodermo de la región pectoral durante las semanas 8va y 10ma del desarrollo embrionario.

La piel de la región mamaria no presenta diferencias con la de las regiones vecinas, a excepción de su porción central, donde se encuentra modificada por presencia de la areola y el pezón. La areola rodea al pezón, tiene una piel fuertemente pigmentada y arrugada, y un diámetro de 15 a 60 mm. Adquiere una coloración rosada característica, variable con la edad y la presencia del embarazo, con numerosas glándulas sebáceas y sudoríparas a lo largo del reborde areolar que adquieren mayor envergadura en las áreas centrales, donde se las denomina tubérculos *de Morgagni* o *de Montgomery* durante el embarazo. Por debajo, la areola se encuentra adherida a un grupo de fibras musculares lisas que contribuyen a darle su forma habitual: el músculo *subareolar*.

El pezón está formado por la desembocadura de 12 a 20 conductos galactóforos. Estos conductos se dilatan para formar los senos galactóforos en su porción distal. Habitualmente es una evaginación central de la areola. En condiciones normales, el pezón puede estar invaginado o umbilicado, lo que debe diferenciarse de la retracción producida por procesos patológicos. Puede estar ausente (*ate-lia*) o ser múltiple (*politelia*) ubicándose en estos casos en una línea que va desde la mitad de la clavícula a la mitad de la arcada inguinal. Contiene en su estructura fibras musculares lisas circulares y longitudinales, el músculo *mamilar*, que le confiere una mayor dureza ante estímulos de diversa índole. Estos músculos son los encargados de la contracción de la areola, de la erección del pezón y de la compresión de los conductos galactóforos.

#### Tejido celular subcutáneo

En todo el organismo, el tejido celular subcutáneo se presenta dividido en dos capas claramente definidas: una superficial, areolar, formada por glóbulos de tejido adiposo de forma y tamaño variables, y otra profunda, laminar o fascia superficial. Ésta se encuentra dividida en dos capas, entre las cuales habitualmente circulan los vasos y nervios superficiales. En la región mamaria estas capas presentan características que son propias.

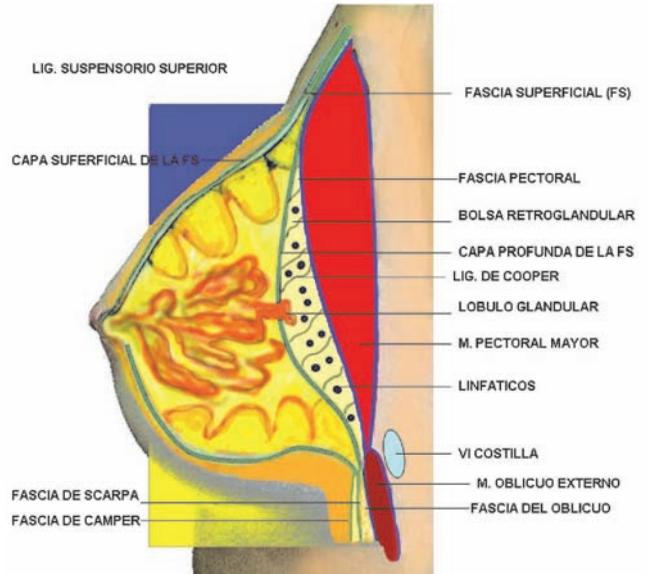


Figura 2.

#### Capa areolar

La capa areolar del tejido celular subcutáneo presenta algunas condensaciones de tejido conectivo que unen la cara superficial de la glándula a la piel: son los *ligamentos de Cooper*. Éstos delimitan celdas de tamaño variable parcialmente independientes entre sí, ocupadas por tejido adiposo en forma de glóbulos que pueden ser disecados por un plano más o menos exangüe que los separa de los glóbulos vecinos. Los ligamentos de Cooper se extienden entre los lobulillos glandulares y la dermis, sirviendo de fijación entre la glándula mamaria y la piel. De allí que se los denomine también *ligamentos suspensorios de Cooper* o *anteriores*.

#### Capa laminar

##### Fascias premamaria y retromamaria. Medios de fijación.

La capa laminar del tejido celular subcutáneo, también llamada fascia superficial, está formada por dos hojas que se encuentra adosadas entre sí en la parte alta del tórax, por debajo de la clavícula. Estas hojas se separan al alcanzar la glándula mamaria, una por delante y otra por detrás. El punto en que ambas hojas confluyen se encuentra por lo tanto en íntima relación con el extremo superior de la glándula mamaria, y se lo conoce como *ligamento suspensorio superior*. Una vez separadas ambas hojas, la glándula queda envuelta en un estuche fascial cuya hoja anterior –*premamaria*– es imprecisa y difícil de separar del tejido areolar suprayacente y de la glándula. La posterior –*retromamaria*– está bien definida y delimita claramente la glándula mamaria por detrás.

Caudalmente, ambas hojas vuelven a fusionarse a nivel del surco submamario y participan de su conformación. Se extienden sin límite de demarcación hacia el abdomen superficialmente a los músculos rectos anteriores y oblicuo externo. En el abdomen, la capa areolar es conocida en los textos clásicos con el nombre de fascia de Camper, mientras que la capa laminar es llamada fascia de Scarpa (Mutan y Lookhood). Lateralmente, la hoja anterior proporciona un plano de disección exangüe que permite separar la mama del plano areolar. En cambio,

se adhiere íntimamente a la areola y al pezón, y separarla es prácticamente imposible. Entre la hoja superficial y la glándula se forman pelotones adiposos que parecen penetrar en las regiones laterales de esta última; por ellos circulan los vasos y nervios superficiales.

La hoja posterior descansa sobre las aponeurosis musculares, de las que la separa una delgada capa de tejido adiposo que parece una bolsa serosa, pero en realidad no es otra cosa que la parte profunda del tejido celular subcutáneo. Este espacio o bolsa retromamaria es un espacio laxo, con escasa cantidad de tejido adiposo, que contribuye a la movilidad de la mama sobre la pared torácica; algunos engrosamientos fasciales contribuyen a su fijación, los llamados *ligamentos suspensorios posteriores*, en el espesor de los cuales pueden transcurrir pequeñas porciones de lobulillos mamarios que se ponen así en relación con los planos profundos. La escisión completa de la glándula mamaria requiere por lo tanto la escisión de la aponeurosis superficial del pectoral mayor. Microorganismos originalmente localizados en la areola o el pezón pueden aprovechar esta solución de continuidad, particularmente luego de la disección quirúrgica, y alcanzar la aponeurosis del pectoral mayor.<sup>10-13</sup>

Con referencia al surco submamario, se han realizado distintas interpretaciones respecto a la presencia o no de fibras ligamentarias. Este surco, ubicado a lo largo de la VI costilla, define la forma del polo inferior de la mama. Algunos autores, utilizando técnicas de disección roma, describen formaciones ligamentarias que unen la porción laminar del tejido celular subcutáneo con la dermis (Bayaty, Shekel, Van Straalen, Maillard y Garey), definiendo incluso una formación específica del tejido conectivo a partir de la vida embrionaria. Otros (Garnier) no hallan las estructuras mencionadas, y las atribuyen a un artificio de disección. Los estudios de Muntan y Sundine, y los de Lockwood y Stuzin, concluyen que el sistema fascial superficial consiste en una o varias capas membranosas horizontales separadas por tejido adiposo, conectadas entre sí por condensaciones de tejido conectivo que actuarían como un septum fibroso vertical, con extensiones entre el sistema facial y la dermis. El desarrollo de la mama y el efecto progresivo de la gravedad conduciría a la atenuación de los ligamentos de Cooper y la consecuente ptosis de la mama que se encuentra fijada al surco submamario.

En nuestras disecciones no hemos encontrado estructuras macroscópicas que sugieran la existencia de estructuras ligamentarias a ese nivel, del mismo modo que sucede a nivel de otros pliegues cutáneos (suprapúbico, inguinal). Creemos que la gravedad, o la línea de flexión como en el pliegue inguinal, juegan el rol más importante en su formación. Más allá de estas consideraciones anatómicas, la fijación del surco a la porción laminar del tejido celular subcutáneo es un dato de gran importancia anatómo-quirúrgico, de allí que se lo deba preservar en los distintos procedimientos quirúrgicos, en especial en las mastectomías.<sup>14-21</sup>

Se describe además<sup>22</sup> un septum fibroso proveniente de la fascia pectoral en forma horizontal a lo largo de la V costilla, con dos prolongaciones verticales ubicadas en el espacio retromamario, suspendiéndola a la pared torácica a nivel medial entre el 2° y el 5° espacio intercostal, y a nivel lateral hasta el margen lateral del pectoral menor. Este tabique incluye en su espesor a ramas de los vasos toracoacromiales y de la torácica lateral en su porción craneal, y ramas

perforantes provenientes de las intercostales en su porción caudal. Transporta además ramas nerviosas laterales y mediales provenientes del 2° al 6° nervio intercostal destinados a la inervación del pezón y de la piel circundante. Se extiende en superficie hasta la hoja superficial, y se prolonga mediante tractos más delgados hasta la piel, llevando en su espesor los vasos y nervios hasta el pezón.

La porción horizontal de este tabique dividiría a la glándula en dos mitades: una craneal y otra caudal. Mientras que la mitad superior es variable (de 2 a 7 cm) y determina la variabilidad de los tamaños mamarios, la mitad inferior presenta una longitud constante de 2 cm. Se les atribuye importancia en la fijación de la glándula a la pared y probablemente en el desarrollo de la ptosis mamaria. Conservar la indemnidad de este tabique, según Wuringer mantendría también el aporte vascular y nervioso del pezón, generando técnicas de reducción y pexia basadas en estos pedículos. Estas estructuras faciales tienen mayor resistencia que el tejido mamario y por supuesto que el adiposo, y podrían ser usadas para la fijación de la glándula en distintos procedimientos quirúrgicos.

En nuestra opinión, estos tabiques no son otra cosa que las envolturas fasciales que rodean a cada vaso en toda la economía. En las disecciones que hemos realizado tanto en cadáveres como en algunos pacientes, nos pareció de escasa envergadura y probablemente sea más un artificio de disección que un verdadero tabique facial o aponeurótico. Respecto de los vasos que contiene, creemos que el aporte vascular proveniente de los intercostales a través de la glándula es de escaso valor con relación al aporte de los pedículos internos y externos, como veremos más adelante, y no nos parece aconsejable dejarlo como único aporte vascular al pezón. En cuanto al aporte nervioso, creemos que el mantenimiento de estas estructuras contribuye a conservar la inervación sensitiva del pezón.

### Glándula mamaria

La glándula mamaria está formada por 15 a 20 lobulillos glandulares, cada uno con su conducto galactóforo, inmersos en una porción variable de tejido conectivo y adiposo, lo que le confiere mayor o menor consistencia. Se extiende desde la II o III costilla hasta el pliegue submamario, y desde el borde del esternón hasta la línea axilar anterior. Tiene forma cónica, con unos 10 a 12 cm. de diámetro en su base y 5 a 7 cm de espesor. Pesa entre 150 y 225 g y alcanza los 500 g en la lactancia. Presenta una porción periférica friable, con mayor cantidad de grasa, que se confunde con el tejido celular circundante. Una porción central más fija y resistente está formada por los conductos galactóforos. El desarrollo acinar es variable según se encuentre o no en período de lactancia, con algunas variaciones durante el ciclo menstrual. En período inactivo la glándula está formada casi únicamente por los conductos galactóforos, mientras que durante la lactancia estos se ramifican junto con el desarrollo de los acinos glandulares.

Los conductos galactóforos contienen una flora bacteriana saprófita habitual, especialmente en los tramos distales, compuesta principalmente por *Staphylococcus epidermidis*. En algunas ocasiones, estos gérmenes podrían ser contaminantes de las heridas quirúrgicas, extenderse hasta los lobulillos y, si no encontraran una barrera anatómica definida, generar procesos capsulares periprotésicos cuando su relación con el bolsillo es directa. Estos hechos deben tenerse en cuenta para la elección de los abordajes quirúrgicos.

### Espacio retromamario

Este espacio se encuentra entre la hoja retromamaria y la hoja superficial de la aponeurosis del pectoral mayor. Es un espacio laxo, con escasa cantidad de tejido adiposo, fácilmente disecable, por lo que se lo ha utilizado para la disección quirúrgica en las mastectomías o para la colocación de prótesis. En él se encuentran tres estructuras de importancia quirúrgica:

#### 1. Plexos linfáticos

Los linfáticos de la mama dan origen a tres pedículos: el *externo*, que bordea el borde inferior del pectoral mayor y se dirige hacia la axila por detrás de la aponeurosis clavpectoral; el *interno*, que se dirige medialmente hacia las articulaciones esternocondrales, donde perfora al pectoral mayor para alcanzar los ganglios mamarios internos a través del 2° y 3° espacio intercostal, y el *posterior*, transpectoral, que forma un plexo ubicado en el espacio retromamario y que atraviesa al pectoral mayor a la altura de la unión del fascículo esternal y el clavicular, aproximadamente en la unión del tercio superior con el medio de este músculo. Este último pedículo adquiere mayor importancia cuando se encuentran ocluidos los pedículos principales. En la colocación de prótesis, si bien no se encuentran ocluidos, se encuentran sobrecargados por el edema que ésta genera.

#### 2. Lobulillos mamarios

Algunos lobulillos mamarios exceden en profundidad la capa profunda de la aponeurosis superficial, alcanzando estos espacios desprovistos de una cubierta fascial que lo protegeja.

#### 3. Tractos fibrosos

Tractos fibrosos unen la glándula a la aponeurosis del pectoral mayor, contribuyendo a su fijación. Son los ligamentos suspensorios posteriores.

*Es decir que el despegamiento de este espacio generaría:* (Figura 3)

1. *Lobulillos glandulares en directa relación con el bolsillo, eventualmente con lesión o partición de los mismos por las maniobras quirúrgicas y, como se ha expresado anteriormente, contaminación bacteriana por S. epidermidis.*
2. *Lesión de los plexos linfáticos que provoca un doble efecto: linforragia y menor capacidad de absorción.*
3. *Liberaría a la mama de sus ligamentos de sostén a la aponeurosis del pectoral mayor.*

### Aponeurosis de los músculos pectorales (Figura 4)

La descripción y comprensión de las fascias y aponeurosis es la pieza clave para la confección de los diferentes bolsillos protésicos, por lo que no ahorraremos detalles en su descripción.

Por detrás de la hoja retromamaria se encuentra el plano muscular, representado por los músculos pectorales mayor y menor en los 2/3 superiores, mientras que en el 1/3 inferior se encuentran las últimas digitaciones del serrato mayor hacia lateral y la inserción del recto anterior del abdomen hacia medial. Estos músculos se encuentran recubiertos por sus aponeurosis, delimitando distintos espacios que tienen importancia quirúrgica.

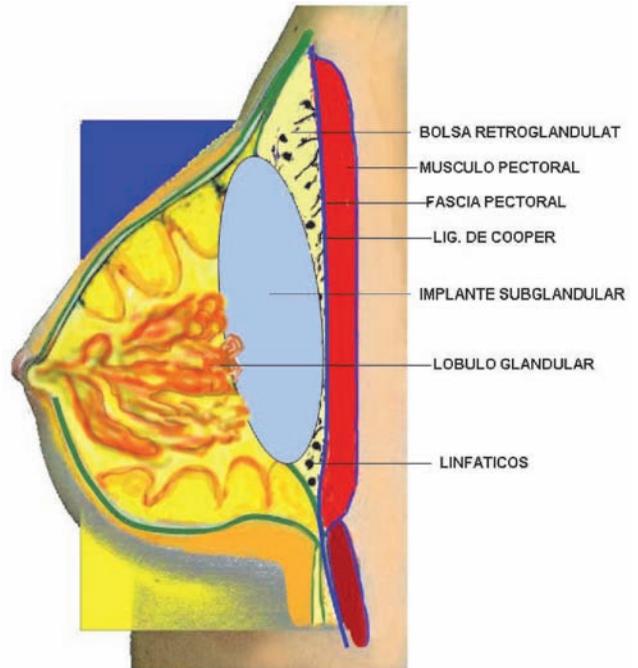


Figura 3. Implante en posición subglandular.

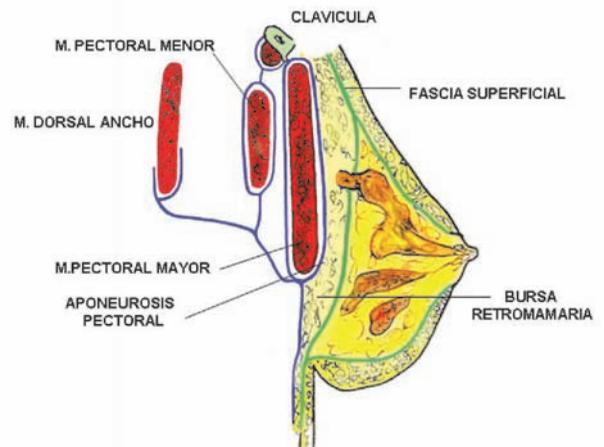


Figura 4. Fascias o aponeurosis musculares.

La aponeurosis del pectoral mayor se origina en el borde inferior de la clavícula y se extiende en toda la extensión de la cara anterior de este músculo; es más delgada en su parte superior, y aumenta de espesor progresivamente hacia abajo, hasta rodear al músculo por su borde inferior, tapizando también su cara profunda. De este modo, considerando a la aponeurosis del pectoral mayor como un estuche aponeurótico, se constituye a la altura de su borde inferior un límite a su extensión en sentido caudal cuando se coloca un implante en el plano subfascial. Presenta algunas perforaciones en la unión de los dos fascículos musculares, a unos 2 o 3 cm de la clavícula, para permitir el pasaje de los ramos torácicos de la arteria toracoacromial y de los pedículos linfáticos. Al alcanzar el borde inferior del pectoral mayor, estas dos hojas aponeuróticas se unen y se continúan en sentido dorsal por la base de la axila, apo-

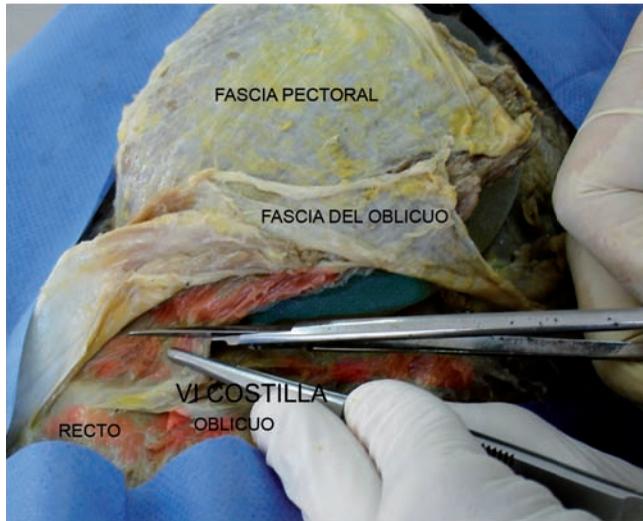


Figura 5. Liberación de músculo pectoral de la VI costilla, que permite pasar en la disección del bolsillo subfasial pectoral a los compartimentos del oblicuo y del recto.

*neurosis axilar*, en íntimo contacto con la porción laminar del tejido celular subcutáneo. Finalmente se continúa en la pared posterior con la aponeurosis del dorsal ancho. Entre la hoja superficial de la aponeurosis del pectoral mayor y las fibras carnosas de este músculo se encuentra un plano fácilmente despegable que fue utilizado frecuentemente por los cirujanos en la realización de las mastectomías. Si bien es necesaria una minuciosa hemostasia, en este plano no se encuentran estructuras glandulares ni linfáticas, a excepción del pedículo posterior descrito anteriormente que la atraviesa entre ambos fascículos musculares. Por otra parte, el sistema ligamentario de la mama se encuentra por delante, de tal manera que quedará indemne luego de la disección del plano subfasial. De este modo, la disección del plano subfasial permite la formación de una unidad anatómica mamaria constituida por la hoja superficial de la aponeurosis del pectoral mayor y la glándula con sus envolturas, su sistema ligamentario y sus pedículos linfáticos intactos, generando un plano óptimo para la inclusión del implante, a diferencia del plano subglandular usado históricamente.

En sentido caudal y medial, hemos observado en nuestras disecciones cadavéricas que las hojas anterior y posterior de la fascia del pectoral mayor se unen entre sí en el 5° espacio intercostal, para constituir los tractos tendinosos que sirven a la inserción de este músculo a la VI costilla mediante un tracto aponeurótico bien definido, grueso y resistente. Esta costilla se corresponde con el surco submamario. La aponeurosis del pectoral menor, *clavipectoroaxilar*, tiene una mayor complejidad. Originada también en el borde inferior de la clavícula, luego de rodear al músculo subclavio que se encuentra inmediatamente por debajo de la misma, sus dos hojas se fusionan y se dirigen en sentido caudal hasta alcanzar el borde superior del pectoral menor. Vuelven a separarse para rodear al músculo por su cara anterior y posterior hasta su borde inferior, donde nuevamente se adosan entre sí hasta alcanzar la base de la axila. Esto determina la presencia de tres sectores aponeuróticos claramente definidos:

1. El sector superior, *aponeurosis clavipectoral*, entre la clavícula y el pectoral menor, que visto de frente delimita el *triángulo de Morenheim* y da pasaje a la vena cefálica proveniente del miembro superior y a los elementos que circulan entre la axila y los planos superficiales (la rama acromial de los vasos toracoacromiales, los pedículos linfáticos ya citados y el nervio pectoral externo).
2. Un sector medio, representado por el músculo pectoral menor.
3. Un sector inferior, en el que podemos distinguir dos sectores claramente diferentes: lateralmente, a nivel del hueco axilar, la *aponeurosis pectoroaxilar* o *ligamento suspensorio de Gerdy*, se extiende entre el borde inferior del pectoral menor y la base axilar. Medialmente, por detrás del pectoral mayor, la aponeurosis del pectoral menor se extiende en sentido medial y caudal siguiendo las fibras del serrato mayor y distalmente del oblicuo externo, que se comporta como si fuera su prolongación.

La aponeurosis clavipectoroaxilar delimita claramente el espacio ubicado entre ambos músculos pectorales y el hueco axilar, conectados entre sí por los orificios vasculares y linfáticos ubicados en el triángulo de Morenheim. Ambos espacios tienen diferente importancia quirúrgica; en el plano interpectoral el espacio es muy pequeño, se encuentra escasa cantidad de tejido adiposo compacto, acompañado por vasos de poco calibre y un pequeño grupo linfático interpectoral. El hueco axilar da cabida a los gruesos vasos axilares, a las estructuras nerviosas que constituyen el plexo braquial, y a los importantes grupos ganglionares linfáticos que clásicamente se consideran en la axila.

Lateralmente al pectoral mayor, en íntima relación al plano costal, se encuentra el músculo *serrato mayor*. Este músculo se inserta en la superficie de las costillas, mediante digitaciones en forma de "V". En forma inversa, las fibras del oblicuo externo se dirigen caudalmente hacia la línea media. Cada uno de estos músculos se encuentra recubierto por su fascia muscular; la fascia del serrato mayor se continúa caudal y medialmente para recubrir a las fibras carnosas del oblicuo externo, y es lo que ha dado en llamarse *fascia extendida del pectoral mayor* o *fascia subcutánea superficial* (Barnett). El plano subfasial de la hoja superficial de estos músculos también puede ser diseccionado en forma similar al del pectoral mayor, una vez seccionada más allá de sus fibras de inserción.

La inserción del pectoral mayor en la VI costilla forma un verdadero tabique que separa el plano subfasial del pectoral mayor, del plano homólogo correspondiente a los músculos serrato mayor y oblicuo externo. Solamente mediante la sección de estas fibras se logra la continuidad entre ambos planos subfasciales (Figura 5).

Lateralmente al pectoral mayor, la fascia que recubre a los músculos serrato mayor y oblicuo externo se continúa sin límite de demarcación en sentido caudal y medial, más allá de las inserciones del pectoral mayor. A medida que se aleja caudalmente de la VI costilla y pierde su elasticidad, adhiriéndose íntimamente a las fibras carnosas del oblicuo externo, la disección quirúrgica se hace difícil, hecho que podría resultar beneficioso ya que esa unidad musculaponeurótica podría actuar como tope para el des-censo protésico.

En este plano, utilizado en la colocación de prótesis retromusculares, la aponeurosis del pectoral menor, clavipectoral, se continúa sin límite de demarcación prolongando el espacio interpectoral en sentido caudal y medial, más allá de las inserciones del pectoral mayor. Barnett (p. 77, párr. 1) afirma: *"The clavipectoral, pectoral and serratus anterior fasciae becomes continuous at the caudal border of the pectoralis major muscle"*. Sin embargo, debe aclararse que dicha continuidad se establece si la disección se realiza en el plano interpectoral, es decir, por detrás del pectoral mayor, como sucede en la colocación de prótesis retromuscular. Esta fascia podría llamarse *fascia extendida del pectoral* (Barnett). La llamada *fascia subcutánea superficial* se extiende en el sector lateral y caudal de la región mamaria, no así en el anterior, donde la continuidad de la aponeurosis del pectoral mayor se halla interrumpida precisamente por las inserciones de este músculo en la VI costilla. Es decir, la continuidad de estos planos no es más que un artificio de técnica, consistente en tomar diferentes compartimentos como uno solo.<sup>23</sup>

Concordamos con Barnett, quien afirma que el mantenimiento de esta fascia superficial permite conservar el aparato ligamentario suspensorio de la mama. Si bien no hemos hallado ligamentos suspensorios extendiéndose desde la fascia superficial a los planos dérmicos profundos del surco inframamario, como afirma este autor, coincidimos con él respecto de la unidad funcional que se obtiene conservando intacta la bolsa retromamaria y con ella los ligamentos suspensorios posteriores.

Cuando la prótesis se coloca en un plano retromuscular, coincidimos con Barnett cuando dice: *"The extended fascia is critical in defining the inframammary fold, and its disruption allows one to alter the location of the fold"* (Barnett p. 80, párr. 3, línea 6). **Colocando la prótesis por debajo de la fascia del oblicuo externo, el implante sólo puede descender hasta el punto en que la fascia y las fibras carnosas constituyen una unidad prácticamente imposible de disecar, como vimos en nuestras disecciones. Este punto queda por debajo del surco originario, pero no podría extenderse fácilmente hacia caudal. En cambio, si la prótesis está premuscular y prefascial, en la bursa retromamaria, si faltara la estructura natural del surco submamario, el plano se continúa sin interrupciones caudalmente, permitiendo el descenso de la prótesis más allá de la VI costilla.**

### Irrigación

La mama se encuentra irrigada por dos pedículos principales: uno interno proveniente de ramas de la mamaria (torácica) interna y uno externo formado por ramas de la axilar.

La arteria mamaria interna se origina en la subclavia, desciende por detrás de los cartílagos de las seis primeras costillas a algo más de 1 cm del borde lateral del esternón y se divide a la altura de la VI costilla en una rama diafragmática y una epigástrica superior. Da origen a diversas ramas, de las cuales nos interesan las intercostales anteriores y las perforantes.

Las intercostales anteriores se distribuyen en los seis primeros espacios intercostales donde se anastomosan con las intercostales posteriores, ramas directas de la aorta torácica. Proveen el 60% del aporte vascular de la mama mediante ramas posteriores que irrigan la parte posterior de la mama, y de ramas anteriores que

se extienden por el tejido celular subcutáneo para irrigar la porción medial de la mama y anastomosarse con ramas provenientes del pedículo lateral.

Las ramas perforantes provienen de las arterias intercostales 2da, 3ra y 4ta. Atraviesan el pectoral mayor y constituyen un pedículo central que contiene vasos de menor calibre y si se lo utiliza para preservar la irrigación debe ser lo adecuadamente amplio para aportar suficiente irrigación. En la disección por debajo de la aponeurosis del pectoral mayor, su hemostasia debe ser cuidadosa, ya que tienen tendencia a retraerse hacia las fibras musculares dificultando su individualización.

El 40% restante es provisto por ramas de la arteria axilar. La mayor parte es dependiente de las arterias toracoacromial, torácica lateral y subescapular.

La arteria toracoacromial (acromiotorácica) es una rama corta de la arteria axilar, que emerge por su cara anterior y perfora la aponeurosis clavipectoral en el triángulo de Morenheim. Está acompañada por la vena cefálica, que realiza en ese lugar su cayado para desaguar en la vena axilar y por el pedículo linfático posterior. Se divide en varias ramas, de las cuales nos interesa la *pectoral*. Esta arteria se ubica entre ambos músculos pectorales, (espacio interpectoral) acompañada por un pedículo linfático y se anastomosa con la torácica lateral y con las ramas intercostales de la mamaria interna.

La rama torácica lateral (mamaria externa) sigue el borde lateral del pectoral menor y se adosa a la cara lateral del tórax, donde irriga al serrato mayor, a los pectorales y al subescapular. Se encuentra acompañada de un grupo ganglionar linfático al que le aporta ramas y por el nervio del serrato mayor. En la mujer tiene mayor calibre, en razón de su aporte a la irrigación de la mama mediante las anastomosis con las arterias intercostales (y a través de ellas con la mamaria interna), la subescapular y la rama torácica ya descrita de la acromiotorácica. Da lugar a las arterias mamarias laterales, que rodean el borde inferior del pectoral mayor y constituyen el pedículo lateral de la mama. La arteria subescapular es la mayor rama de la axilar. Se origina por debajo del músculo subescapular y se dirige hacia el ángulo inferior de la escápula. Se relaciona en su porción distal con el grupo ganglionar linfático homónimo y con el nervio del dorsal ancho. Aporta a la irrigación de la mama mediante sus anastomosis con las arterias precitadas.

La principal irrigación sanguínea del complejo areola pezón proviene de la mamaria interna y la torácica lateral, que se desplazan por el tejido celular subcutáneo, alcanzan la base del pezón y dan ramas circulares que irrigan la areola y ascienden hacia el pezón.

Se describen además un pedículo superior, de escasa importancia funcional, y un pedículo inferior con vasos suficientemente grandes provenientes de las intercostales 4ta y 5ta.

El drenaje venoso se realiza mediante un sistema superficial y uno profundo. El sistema superficial está formado por vasos ubicados por debajo de la fascia superficial, con dirección transversa o longitudinal. Los primeros llevan la sangre hacia los vasos perforantes que avanan en la mamaria interna; los longitudinales tienen una dirección craneal y se dirigen hacia los vasos del cuello. El sistema profundo se dirige en tres direcciones: los de mayor calibre avanan en ramas perforantes de la mamaria interna; un segundo

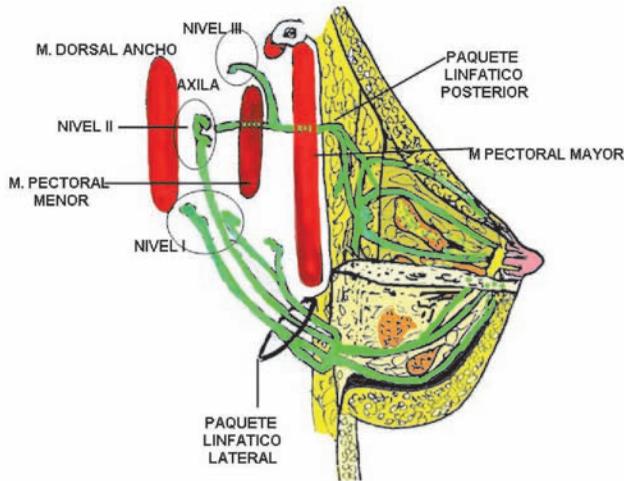


Figura 6. Paquetes linfáticos de la mama y niveles ganglionares.

grupo se dirige hacia las afluentes de la vena axilar; por último, hay ramificaciones perforantes de las venas intercostales superiores que se comunican con las venas vertebrales, la ácigos y a través de ésta con la cava superior. Se atribuye a este sistema una conexión capilar pulmonar proveyendo una vía para las metástasis pulmonares; las vías de conexión vertebral proveen una vía metastásica hacia columna.

### Inervación

La inervación sensitiva de la glándula mamaria proviene de los nervios intercostales 4to a 6to, a través de sus ramas anteriores, también llamadas mamarias externas. Estas ramas emergen del espacio intercostal en el lugar donde las digitaciones del serrato mayor tienen su inserción costal. También participan en menor medida los intercostales 2do y 3ro, en relación a la porción superior de la piel de esta región. Una rama del 2do intercostal se dirige hacia la axila y por lo general se une al nervio braquial cutáneo interno, contribuyendo a la inervación de la cara interna del brazo. Su sección produce un cierto grado de pérdida de la sensibilidad de esta zona; si bien su sección no reviste mayor importancia funcional, y además no participa de la inervación específica de la mama, se lo menciona porque puede formar parte del campo operatorio particularmente si se realizan disecciones amplias sobre la cara anterior del serrato mayor. Existen además ramificaciones del nervio supraclavicular del plexo cervical superficial que inervan la porción más alta de la región mamaria. Todos estos nervios emiten ramas simpáticas a la glándula mamaria y a la piel suprayacente, que tienen que ver con la inervación vasomotora y de las glándulas sudoríparas.

Las ramas mamarias internas abandonan el espacio intercostal cerca del esternón y envían ramas internas, que se distribuyen por la cara anterior de la región esternal, y ramas laterales que se dirigen a la cara interna de la mama.

Debe considerarse además una inervación neuroendocrina; la succión del pezón determina impulsos que regulan respuestas mediadas desde el hipotálamo, con la liberación de oxitocina. Esta hormona estimula las células mioepiteliales de los lobulillos mamarios provocando la expulsión de la leche por el pezón.

Existen además ramas simpáticas que transcurren por la adventicia de las arterias, aunque probablemente no se extiendan más allá de la arteria axilar. La persistencia de la erección del pezón que se ve en algunas pacientes con falta de la inervación sensitiva de la piel de la glándula, sugiere que eventualmente algunas fibras simpáticas lleguen por esta vía hasta la piel de la región mamaria.

### Drenaje linfático

El conocimiento de las vías de drenaje linfático de la glándula mamaria tiene gran importancia en las mastoplastias. Aproximadamente el 75% de la linfa proveniente de la mama se dirige hacia la axila, juntamente con el drenaje linfático de la piel ubicada por encima del ombligo. El 25% restante drena hacia los ganglios mamarios internos. Existen además linfáticos dérmicos contra laterales.

El flujo linfático es unidireccional por la presencia de contracciones pulsátiles en los vasos; sin embargo, éstos son avalvulados, de tal modo que en caso de obstrucción se produce la reversión del flujo. Existen tres grupos diferentes de canales linfáticos: un grupo transcurre por el estroma que rodea a los lobulillos glandulares, en los espacios interlobulillares a lo largo de los conductos galactóforos; un segundo grupo proviene del plexo subareolar, drenando la aréola, el pezón y la piel, rodeando la glándula mamaria; por último, se forma un plexo linfático ubicado en la superficie profunda de la mama. Los capilares linfáticos primarios se transforman en pedículos secundarios que se dirigen a la periferia de la mama para emerger formando tres pedículos, que transcurren por los sectores interno, externo y posterior (**Figura 6**).

El *pedículo interno* está constituido por vasos linfáticos que provienen mayormente de los cuadrantes internos de la glándula; se dirigen medialmente hacia las líneas paraesternales donde perforan las inserciones mediales del pectoral mayor y los espacios intercostales, principalmente del 2do al 4to, para abocar a los ganglios de la cadena mamaria interna. Este pedículo es poco o nada afectado en las técnicas de implante mamario.

El *pedículo externo* es el más importante. Estos vasos linfáticos llevan la mayor parte de la linfa de la región mamaria hacia la axila. Proviene de cualquier sector de la mama, incluyendo la piel, la aréola y el pezón. Transcurren bordeando el borde inferior del pectoral mayor en su porción distal, para atravesar su aponeurosis en la base de la axila, donde forman distintos subpedículos que desaguan en los distintos niveles ganglionares.

El *pedículo posterior o retromamario* se forma mediante una red que proviene de los planos superficiales, drenando principalmente los cuadrantes superiores e internos de la mama, y formando un plexo entre la hoja retromamaria y la aponeurosis del pectoral mayor. En este punto pueden ser lesionados durante la disección del plano retromamario. Estos vasos ascienden por la superficie de la aponeurosis del pectoral mayor hasta la III costilla, donde perforan al músculo entre el fascículo costoesternal y el clavicular acompañado por la rama torácica de la arteria toracoacromial, alcanzando el plano interpectoral. En ese punto los vasos linfáticos conforman tres subpedículos: el *pedículo transpectoral*, que atraviesa al pectoral menor en su inserción costal y alcanza el grupo torácico o el subclavicular; el *pedículo interpectoral*, de Grossman o de Rotter, que drena en un

grupo de ganglios interpectorales y ascienden hasta el triángulo de Morenheim al que perforan para alcanzar el grupo central, y el grupo pectoroaxilar, menos frecuente, que sigue a las fibras del pectoral mayor para alcanzar al grupo braquial en el canal bicipital del húmero. Las disecciones de los bolsillos protésicos, cualquiera sea el plano, no están exentas de lesionar, dañar o comprometer la circulación linfática (Figura 7).

Existen 5 grupos linfáticos en el hueco axilar:

1. El grupo *anterior, interno o mamario* externo se encuentra en relación con la pared torácica, junto a la arteria mamaria externa, sobre el músculo serrato mayor.
2. El grupo *lateral o braquial* se encuentra por fuera de la vena axilar, en relación con la corredera bicipital y a la vena cefálica, teniendo importancia en el drenaje del miembro superior.
3. El grupo *posterior o subescapular* se encuentra en relación con la arteria homónima, vecino al músculo gran dorsal.
4. El grupo *central* rodea a la vena axilar.
5. El grupo *subclavicular* está ubicado en el vértice de la axila.

El grupo supraclavicular no forma parte de los linfáticos de la axila y no participa directamente del drenaje linfático de la mama; su afectación supone compromiso general.

Desde el punto de vista quirúrgico se han clasificado a estos ganglios en tres niveles, de acuerdo a la ubicación que tienen con relación al pectoral menor:

El nivel I, por debajo del pectoral menor, incluye los grupos anterior, lateral y subescapular.

El nivel II, por detrás del pectoral menor, incluye al grupo central y algunos ganglios del subclavicular.

El nivel III incluye a los ganglios ubicados por encima del pectoral menor, el grupo subclavicular.

Si bien es común decir que los pedículos linfáticos alcanzan inicialmente el nivel I (grupos ganglionares subescapulares, mamaros externos o braquiales) pueden llegar directamente al nivel II (grupo central y algunos ganglios subclaviculares) o al III.

Es decir que cada vaso linfático puede llegar a cualquier grupo ganglionar; no necesariamente debe hacer una estación en el nivel I antes de llegar al II o al III. Por ese motivo se intenta identificar el que drena a cada sector mamario.

Se define como "ganglio centinela" al primer sitio de diseminación metastásica.

Giuliano (1997) observó que, sobre 54 pacientes, había 10 en que las metástasis axilares se encontraban en el nivel II, permaneciendo el nivel I indemne: *"Axillary lymph node dissection (ALND) for breast cancer generally is accepted for its staging and prognostic value, but the extent of dissection remains controversial. Blind lymph node sampling or level I dissection may miss some nodal metastases, but ALND may result in lymphedema. In melanoma, intraoperative lymph node mapping with sentinel lymphadenectomy is an effective and minimally invasive alternative to ALND for identifying nodes containing metastases. The anatomic location of the sentinel node was examined in the 54 most recent procedures; ten cases had only level II nodal metastases"*

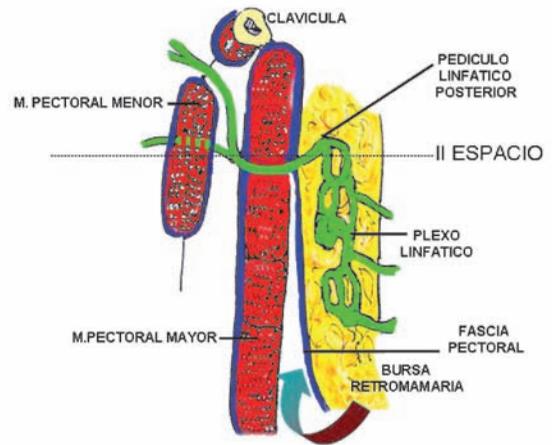


Figura 7. Detalle del pedículo linfático posterior. Debe destacarse como el mismo atraviesa los dos pectorales a nivel del II espacio intercostal. La flecha muestra el plano de colocación de un implante subfasial.

*ses that could have been missed by sampling or low (level I) axillary dissection". (Giuliano 1997).<sup>38</sup>*

Se han descrito otros ganglios linfáticos; se destacan los paramamaros internos y externos a nivel superficial; el ganglio intrapectoral de Rotter fue descrito inicialmente en el espesor del pectoral mayor, pero no se lo halla más del 2-3% de los casos; sin embargo, algunos llaman *de Rotter* al grupo *interpectoral*, también llamado "de Grossman" (Figura 8).

### OPTIMIZANDO LA VALORACIÓN DE LA COBERTURA PARA LA ELECCIÓN DEL PLANO DEL IMPLANTE

Utilización del plano subfasial en remplazo del subglandular  
 Muchos colegas colocan el implante mamario en un bolsillo subglandular, en pacientes cuya cubierta cutánea y glandular en sectores superiores es mayor en el *pinch test* de 2 cm. Proponemos en estos casos cambiar este plano por el subfasial ubicado por

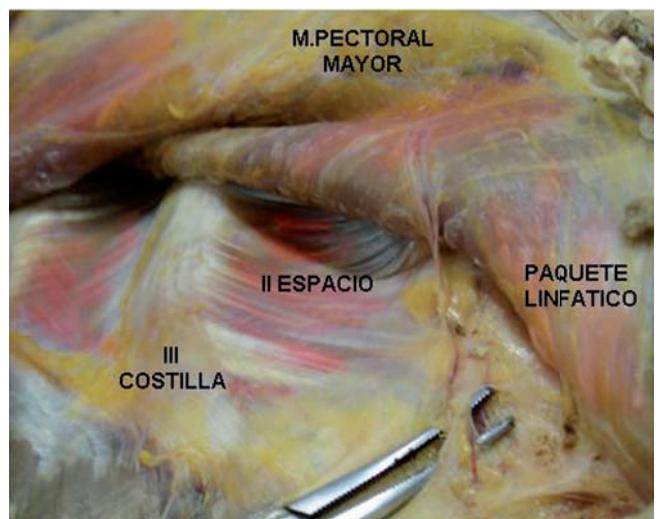


Figura 8. La pinza nuestra el paquete linfático interpectoral.

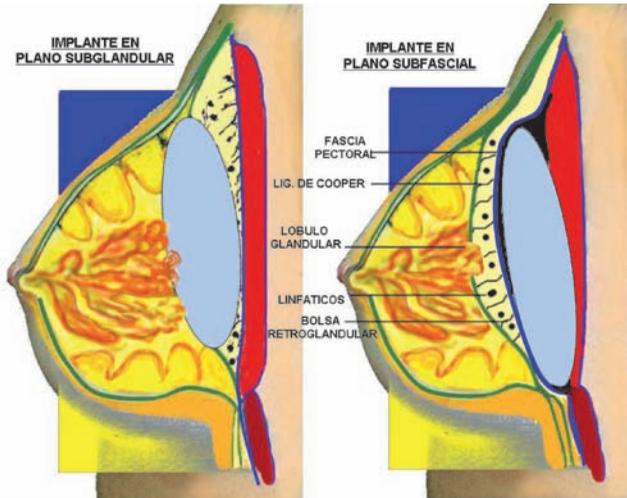


Figura 9.

debajo de la fascia muscular del pectoral en los dos tercios superiores, y de los músculos subyacentes en el tercio inferior (recto, oblicuo y serrato). Existen múltiples razones anatómicas que justifican esta variación.

De acuerdo con lo descrito en el capítulo de anatomía, en la denominada bolsa retromamaria o subglandular se hallan tres elementos de fundamental importancia: lóbulos glandulares, ligamentos de sostén (Cooper) y una importante red linfática. Los implantes subglandulares se colocan en este plano, dañando irremediablemente estas estructuras y su función específica. En cambio, los implantes en posición subfascial (SF) preservan estos elementos y mantienen los beneficios del plano subglandular: mamas de contornos anatómicos, consistencia blanda, natural movilidad y un órgano integrado al tórax en forma de cono (prótesis-glándula) que pende en unidad como lo es normalmente. Los implantes SF están también aislados de los remanentes glandulares y, por ello, de contaminaciones por *S. epidermidis*, que son un factor de formación de cápsulas contráctiles para algunos autores.

No consideramos en la actualidad a esta fascia o aponeurosis como un aporte de volumen de cobertura, como creen otros colegas, pero si una interfase entre el implante y la glándula, optimizando la relación entre estos dos elementos. Es además una guía quirúrgica que facilita las maniobras de disección preservando la integridad de los planos mamarios.

Desde hace más de 9 años hemos optado por colocar los implantes en un plano subfascial total (subaponeurótico), en lugar del subglandular (Figura 9).

Hacemos un amplio uso de las fascias musculares del tórax en las mastoplastias de aumento, procurando una cubierta fascial completa de los implantes. Éstos, siempre posicionados en relación al músculo pectoral mayor (premuscular-retromuscular), exceden sus límites, por ello utilizamos la fascia de los músculos serrato y oblicuo en una forma extendida o complementaria a la del pectoral.

Es decir, cuando la ubicación del bolsillo es subglandular, el im-

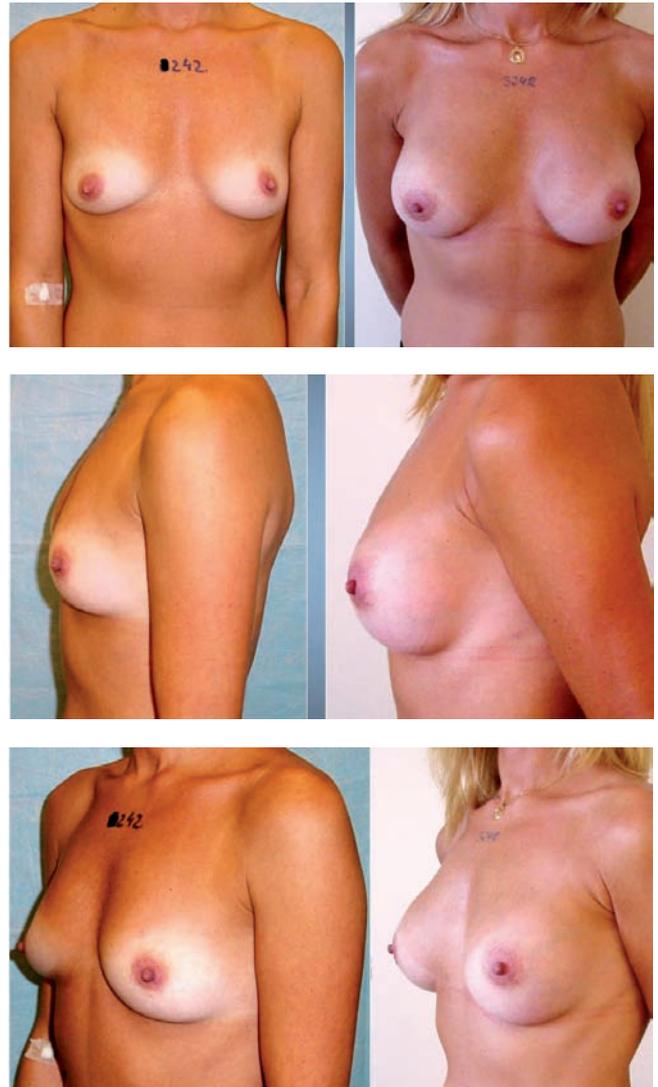


Figura 10. Paciente con implantes en el plano subfascial total en diversas vistas.

plante será colocado en un plano subfascial total, y si la elección es un bolsillo submuscular el plano será submúsculo-fascial<sup>24-27</sup> (Figuras 10, 11 y 12).

### IMPORTANCIA DE UN ZÓCALO DE APOYO DEL IMPLANTE

En los trabajos sobre implantes mamarios, la principal preocupación de muchos autores en el posoperatorio alejado es la eventual formación de una cápsula. Otras alteraciones tan importantes como la anterior son: por un lado, las modificaciones en la posición del implante en relación con la glándula y su cobertura; y por otro, las alteraciones de la glándula generadas por fenómenos habituales que ocurren a través de la vida de la mujer (Figura 13).

No contentos con observar y describir estos eventos, hemos aplicado conductas en el planeamiento quirúrgico que tienen por objeto atenuar o retrasar estos fenómenos.

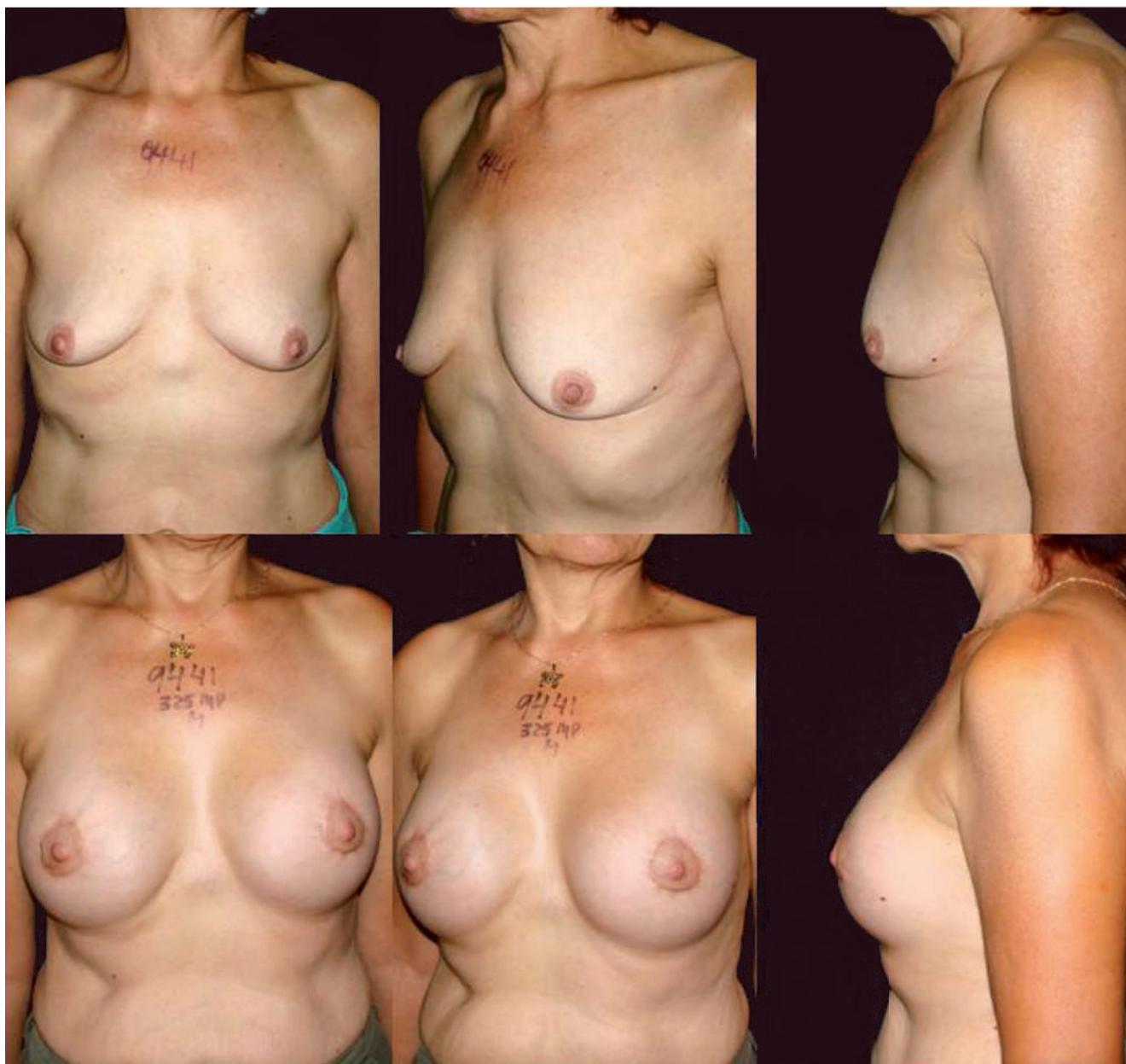


Figura 11. Paciente con implantes subfasciales y pexia periareolar

#### Descripción del problema

En la colocación de implantes el surco puede o no ser desplazado. En los casos en que no es necesario alterar el surco submamario natural, contamos con adherencias anatómicas que le dan duración y consistencia. Pero en otras muchas mastoplastias de aumento, la distancia areola surco es corta, por cuya razón éste debe ser descendido, creándose así un nuevo límite.

Sobre este neosurco se concentra el peso de la prótesis en la posición erecta, y de esta manera se ejerce una presión sostenida sobre el polo inferior mamario. Se oponen a este efecto solamente la piel y el tejido celular.

Inevitablemente, la piel y el celular subcutáneo se relajan por la distensión generada por la presión mantenida en el tiempo.

Este fenómeno es normal y forma parte de las propiedades viscoelásticas tisulares.

La glándula, por otra parte, se atrofia o sufre una transformación grasa con los años (Figura 14).

#### Técnicas para aumentar la estabilidad del neo-surco

Los adelantos sobre los procedimientos de aumento mamario apuntan fundamentalmente a dar una mejor cobertura a los cuadrantes superiores. Nuestra atención –y la de otros autores– se han enfocado además en los cuadrantes inferiores, área aún pasible de mejoría. Esto lo conseguimos mediante la creación de un zócalo de apoyo del implante, generando al mismo tiempo una firme interfase entre el plano dermo-celular y la prótesis (Figura 15).

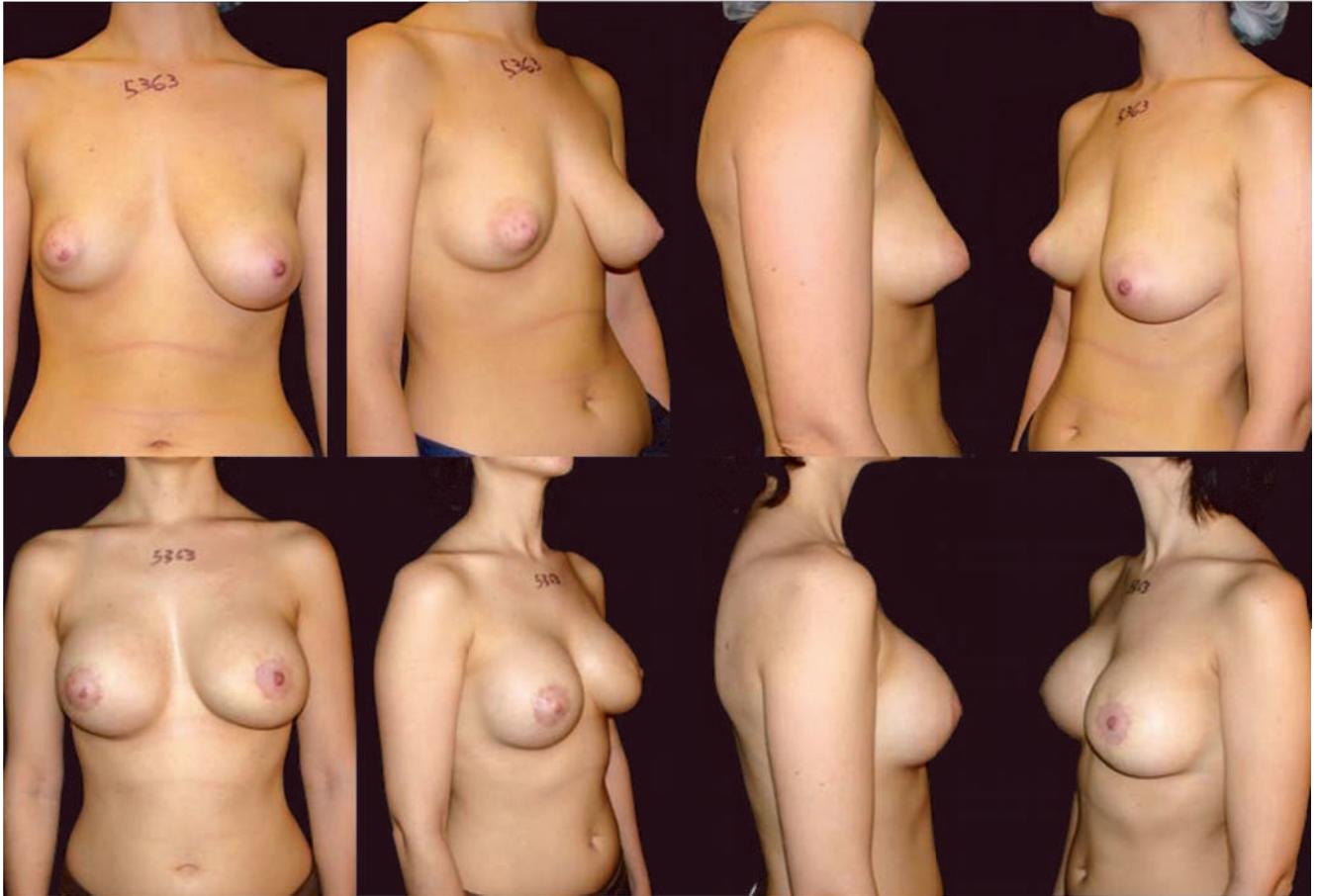


Figura 12. Paciente con importante asimetría mamaria en volumen y forma. Implantes en posición subfascial y pexia periareolar con round block.

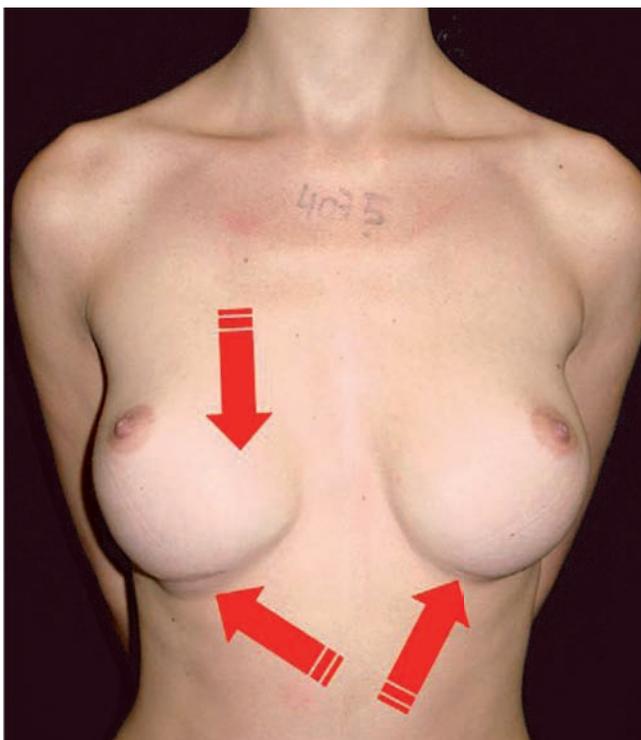


Figura 13.

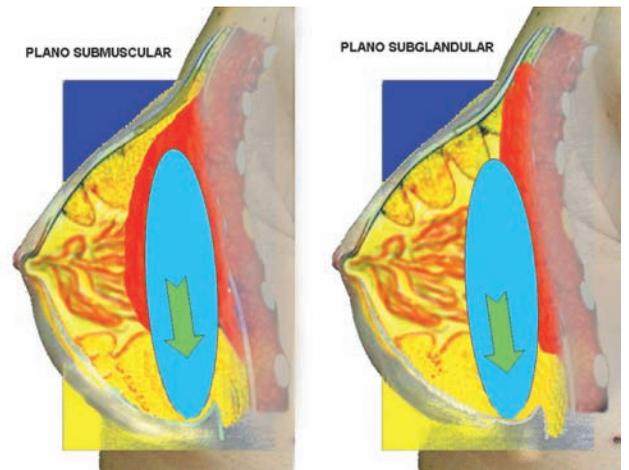


Figura 14.

Observaciones clínicas y estudios anatómicos de las aponeurosis del tórax realizados sobre cadáveres, nos han convencido de la posibilidad de disponer de la acción de un zócalo o estante para el implante (Figura 16).

Cualquiera sea la localización del plano utilizado en relación al músculo pectoral (subfascial o subpectoral) el implante apoyará en la aponeurosis o fascia del pectoral; pero al ampliar caudal-

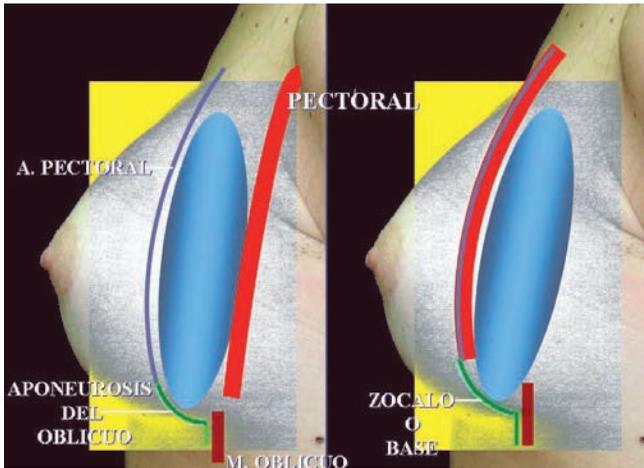


Figura 15.

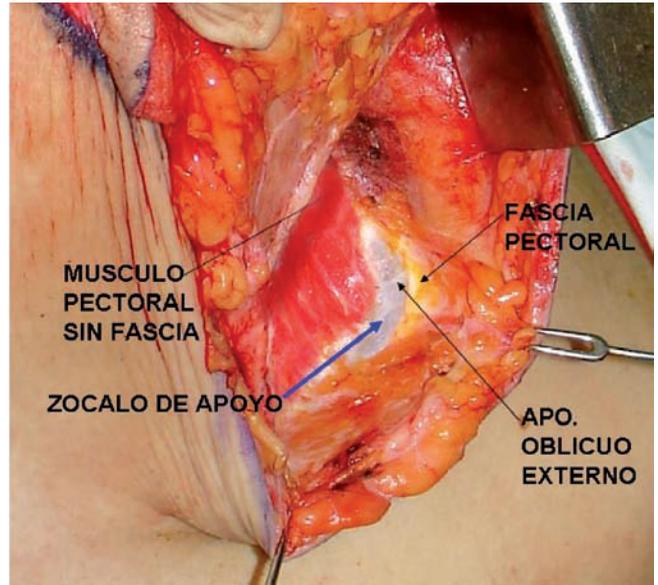


Figura 16.

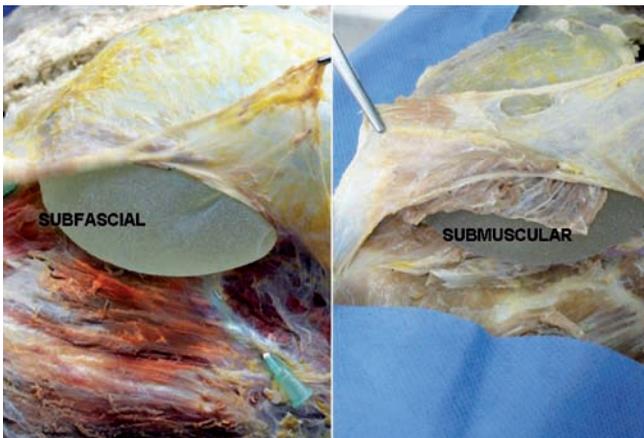


Figura 17.

mente el bolsillo –en lugar de ingresar en el plano celuloadiposo– traspasamos la aponeurosis del pectoral e ingresamos a un plano subfascial (subaponeurótico) del serrato, del oblicuo y excepcionalmente del recto. No es una continuidad aponeurótica sino un artificio técnico (Figura 17).

Una cuerda restrictiva horizontal puede observarse y corresponde al espesamiento aponeurótico de inserción muscular a nivel de la VI costilla, la cual se detecta por palpación y es responsable, junto a remanentes del surco original, de defectos en doble burbuja y/o polos inferiores constrictivos. Esta cuerda la tratamos por interrupción, mediante múltiples incisiones verticales que la expanden en la dimensión horizontal (Figura 18).

En nuestra práctica son pocos los casos en que el zócalo coincidió con el surco original, practicando la metodología descrita sistemáticamente con buenos resultados.

Una amplia gama de formas mamarias se presentan para ser tratadas. Los buenos resultados obtenidos deben ser defendidos por recursos tácticos y técnicos que los hagan perdurar en el tiempo.

Una pregunta frecuente es: **¿Cuánto dura un implante de silicona?** No sabemos la respuesta; pero podemos afirmar que la mayoría de los implantes duran mucho más que la buena forma de la mama lograda en las mastoplastia.

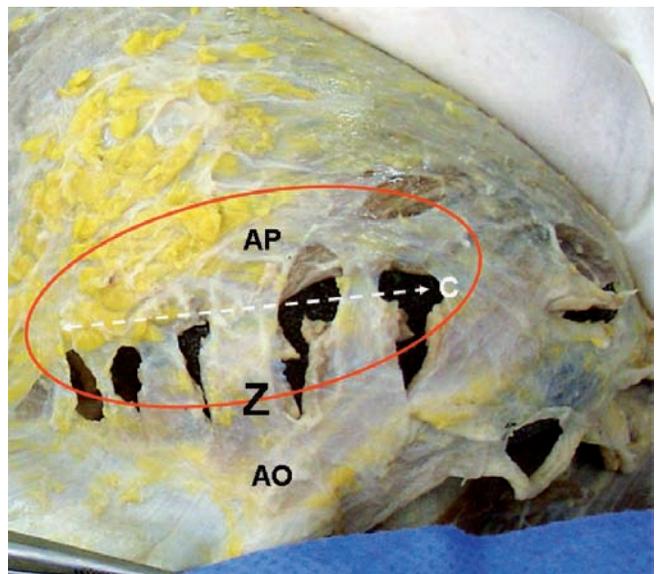


Figura 18.

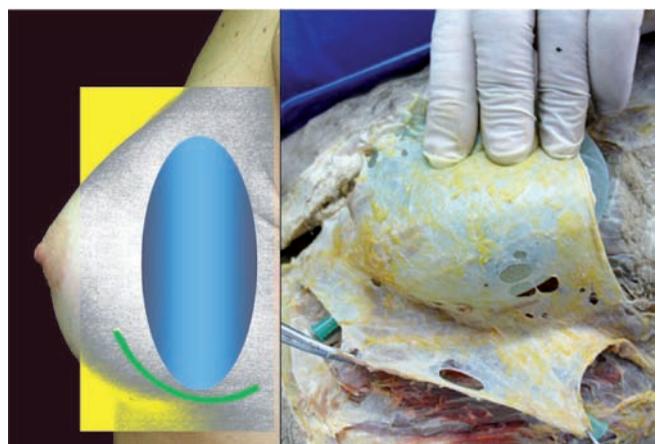


Figura 19.

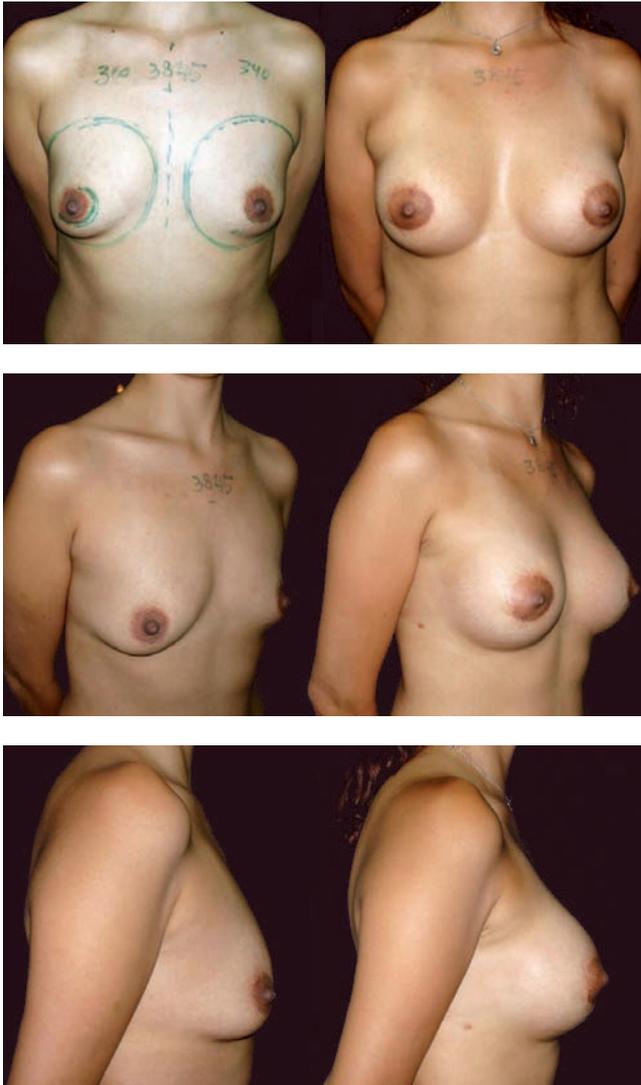


Figura 20. Implantes en plano subfasial total con apoyo o zócalo sobre la aponeurosis del oblicuo externo. El bolsillo debió ser ampliado caudalmente.



Figura 21. Implantes en el plano submuscular con zócalo de apoyo subfasial o subaponeurótico.

Ésta sufre procesos biológicos dinámicos, siendo la ptosis una combinación o concurrencia de ellos. Las condiciones de la mama varían con el tiempo: la piel se afina, los ligamentos se elongan, el celular subcutáneo adelgaza, la glándula se atrofia, el músculo pectoral involuciona; pero **el implante sigue pesando exactamente lo mismo que el día que fue colocado.**

Las inclusiones subglandulares o las submusculares (con bolsillo ampliado en sentido caudal en el tejido adiposo por debajo del surco), se apoyan en el celular subcutáneo y someten a este último, por acción de la gravedad, a un decúbito permanente que afina el espesor graso y en ciertos casos permite palpar los bordes de la prótesis.

Si bien desde el año 1999 hemos abandonado el plano subglandular por uno más “lógico” como es el subfasial, el plano submuscular lo seguimos utilizando cuando la cobertura en cuadrantes superiores es muy delgada. En las mamas hipogénicas la distancia del complejo areola-pezones al surco inframamario es corta, debiendo

bajar este último para conseguir una mama estéticamente armónica. Al respecto, trabajos de Millan-Vaquero apuntan al tratamiento minucioso del descenso del surco dentro de parámetros antropométricos muy precisos. Estos autores realizan un macrobolsillo que excede el plano submúsculo-pectoral para extenderlo debajo de músculos y fascias adyacentes, lo cual coincidimos conceptualmente, aunque con bolsillos más ajustados al tamaño del implante. Hemos considerado la restricción a la proyección del polo inferior que podría ocurrir por acción de la aponeurosis del oblicuo y el recto, las cuales son poco extensibles, más rígidas, en especial en la zona de transición con la del pectoral. También se describió la forma de expandirla si fuera necesario.

El zócalo que proponemos es un límite, un soporte, un estante que se opone al peso de la prótesis. No es eterno, pero sí más estable, porque está estructurado por tejido aponeurótico no tan sensible a cambios temporales y biológicos importantes como sus vecinos, piel, grasa y glándula (Figura 19).

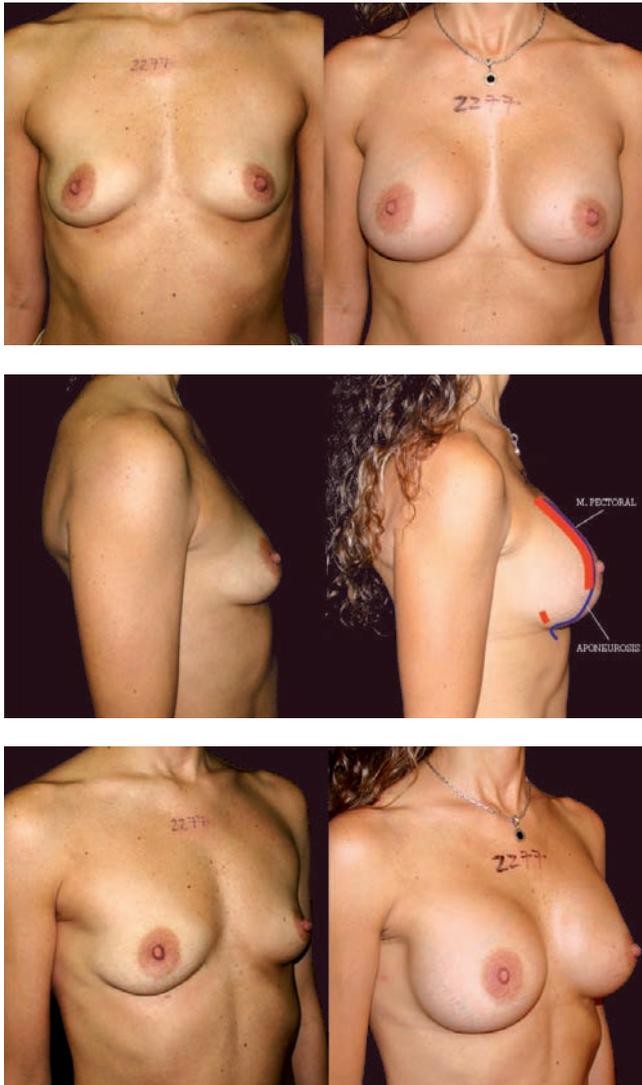


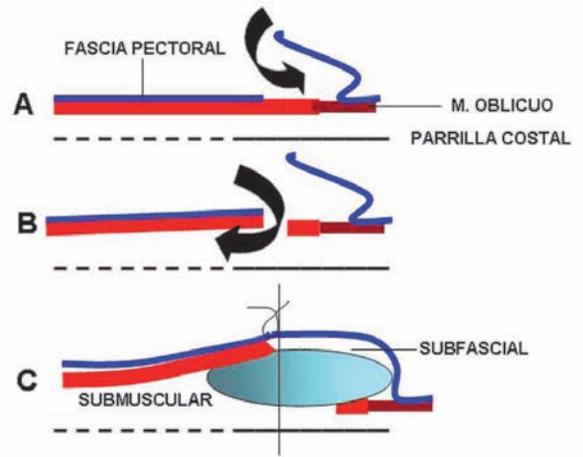
Figura 22. Paciente con implantes en el plano submúsculo subfascial.

Por lo tanto, proponemos la creación de un plano aponeurótico, que actuando como zócalo o estante firme, en implantes colocados en el plano subfascial premuscular o en el plano submuscular evite o retrase el descenso del neo-surco y la distensión del polo inferior<sup>28-32</sup> (Figuras 20 y 21).

### OPTIMIZACIÓN EN EL USO RACIONAL DEL MÚSCULO PECTORAL

#### Dual plane músculo subfascial

La decisión de aumentar el volumen mamario presenta dos etapas fundamentales. La primera obviamente pasa por el deseo de la paciente, con todas las implicancias fantásticas y realidades sociales, que no contemplan por lo general argumentos técnicos. La segunda, que es la puramente médica, debe considerar aspiraciones y parámetros clínicos objetivos, teniendo en cuenta las características propias de cada individuo.



### ABORDAJE AREOLAR

Figura 23 A. A nivel del plano pectoral se incide la aponeurosis y se disecciona en sentido caudal, hasta conformar el sector inferior del bolsillo. En algunos casos se pasa del compartimento subfascial pectoral al subfascial del oblicuo, definiendo un zócalo para el implante.

Figura 23 B. Volviendo al punto inicial de abordaje de la aponeurosis, incidimos las fibras del músculo pectoral mayor y completamos la disección del bolsillo en sentido cefálico, pero debajo del músculo.

Figura 23 C. Inclusión del implante que descansará en un doble plano y aproximación de los bordes faciales

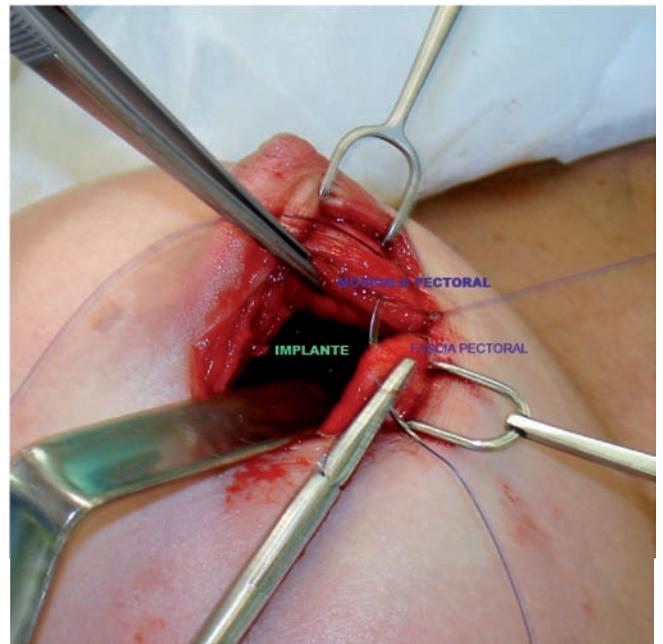


Figura 24.

Como resultado, esto generará un plan quirúrgico que incluirá abordajes, tipo de implante y localización del plano de colocación, para dar una cobertura apropiada y adecuada a cada caso. En las mastoplastias de aumento primaria es habitual que el cirujano elija una posición de la prótesis detrás de la glándula (subglandular), totalmente detrás del músculo pectoral (subpectoral o intermuscular) o subfascial (premuscular). A nuestro entender, como fue expresado anteriormente, esta última ubicación es el reemplazo lógico y racional a



Figura 25. Implantes en Dual Plane submúsculo- subfascial, por abordaje areolar

la localización subglandular. Cada uno de estos planos tiene sus indicaciones específicas, así como también sus desventajas.

Las candidatas a un aumento mamario tienen características que varían ampliamente en la envoltura de sus mamas, su parénquima y los tejidos adyacentes. Las mamas con cubierta laxa o delgada cobertura en cuadrantes superiores, ptósicas, polo inferior constreñido y las ya implantadas con defectos en su forma, ofrecen además desafíos únicos que, usualmente, no

son resueltos sin desventajas cuando se usa un procedimiento de inclusión rigurosamente subglandular, subfascial o submuscular.

Estas consideraciones son válidas para las mastoplastias primarias y lo son mucho más en las mastoplastias secundarias con ptosis, cápsulas contráctiles o *rippling*.

La posibilidad de combinar dos planos para la localización del bolsillo es un recurso importante cuyas ventajas deben ser tenidas en cuenta.

El *dual plane* descrito por Tebbetts<sup>33</sup> se define como la aumentación que reúne los siguientes criterios:

1. El implante descansa detrás del músculo pectoral mayor y parcialmente detrás del parénquima mamario.
2. Un grupo específico de los orígenes del músculo pectoral mayor son totalmente divididos en un área específica para alterar la dinámica implante-tejido blando.
3. La interfase parénquima-músculo es alterada específicamente para cambiar las relaciones de los tejidos blandos, entre el pectoral mayor y el parénquima, y cambiar así la dinámica implante-parénquima.

Sobre la base de estos conceptos y de los beneficios del plano subfascial, advertimos la posibilidad de utilizar una cobertura muscular-subfascial, optimizando la relación partes blandas-prótesis y mejorando la dinámica del músculo sobre el implante. De este modo, éste tendrá una cobertura muscular en su mitad superior y descansará en un plano subfascial en su mitad inferior (**Figura 22**).

Los beneficios y limitaciones de los planos submuscular y subfascial son bien conocidos. Creemos que combinando ambos métodos obtenemos una ecuación benéfica que aporta lo mejor de cada uno de ellos.

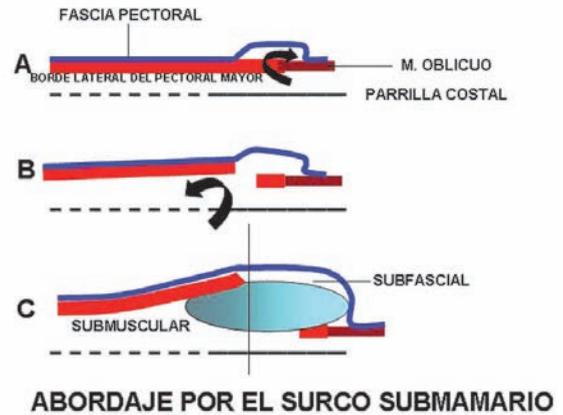
Nuestro interés es ampliar las indicaciones del plano subfascial reforzando el espesor en cuadrantes superiores con músculo pectoral donde la fascia no es suficiente cobertura en mujeres delgadas, para prevenir y/o corregir defectos en *rippling* o escalón.

En mamas con ptosis y en polos inferiores constreñidos, el plano subfascial es de mejor adaptabilidad que una cobertura muscular.

Un detalle técnico de real importancia es mantener la continuidad aponeurótica del pectoral mayor, aún después de liberarlo de la parrilla costal en sus inserciones inferiores y mediales. Esto integridad de la aponeurosis, evita el corrimiento del músculo en la contracción, por lo cual el efecto sobre el implante se minimiza a un leve aplanamiento, no observando las llamadas “mamas dinámicas”<sup>37</sup> por adherencia de sectores distales de músculo desinsertado a la capsula natural. Este fenómeno es habitual cuando se usa megabolsillos, implantes lisos y amplias liberaciones musculares.

Referido a este último punto y como antecedente al método que exponemos, desde hace varios años los implantes retromusculares fueron texturizados, bolsillos justos y liberaciones musculares limitadas, manteniendo continuidad aponeurótica. Dado lo importante de este concepto nos permitimos aportar un esquema y descripción de la técnica según el abordaje (**Figuras 23, 24, 25, 26 y 27**).

Conociendo los trabajos de Baxter, Gea Martín<sup>34-35-36</sup> en casos seleccionados hemos aplicado una variante del DUAL PLANE de músculo y fascia usando al primero en diferentes extensiones de cobertura. En algunas mamas éste se ha reducido a una delgada banda muscular que cubre el polo superior, dejando el resto del implante debajo de un plano subfascial.



**Figura: 26-A** Desde el borde lateral inferior del músculo pectoral mayor disecamos en forma roma el plano subaponeurótico o subfascial del área que determinemos que deberá ser cubierto el implante por este tejido.

**Figura: 26-B** Sección subfascial del músculo en el lugar que deseamos y disección del bolsillo en sentido cefálico por detrás del mismo. (Interpectoral).

**Figura: 26-C** Inclusión del implante en dos planos.

Así, proporcionamos una cubierta adecuada al implante, la cual aporta además, una acción de soporte al generar un zócalo de apoyo (**Figura 28**).

A nuestro entender, esta última variedad técnica descrita en la figura no es electiva para todos los casos. No es aplicable en pacientes extremadamente delgadas o en adenomastectomías, donde la superficie del músculo es el factor cobertor primordial.

La metodología en *dual plane* submúsculo subfascial es una forma de racionalizar los recursos tisulares disponibles limitando las alteraciones funcionales y optimizando la cobertura en los diferentes sectores del bolsillo del implante.

Presentamos una variación del procedimiento subfascial y submuscular que permite adaptaciones de la técnica para prevenir, así como corregir, deformidades específicas.

Al precisar las ventajas de cada plano, aspiramos a potenciar los recursos técnicos en favor de una ecuación benéfica, a favor del buen resultado.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Fueron operadas, desde 1999 al 2008, más de 2.000 pacientes de aumento mamario por este grupo de trabajo, que dan fundamento a las afirmaciones vertidas en el presente artículo. Las disecciones realizadas en 7 cadáveres formolizados y 3 frescos confirmaron nuestras observaciones anatómicas.

Se evaluaron estadísticamente en 400 casos algunos aspectos negativos de los resultados de la metodología aplicada. Sólo se tuvieron en cuenta para ello las pacientes operadas por dos de los autores como cirujanos, con sus equipos respectivos de colaboradores. Dado que la muestra no es seleccionada ni aleatori-

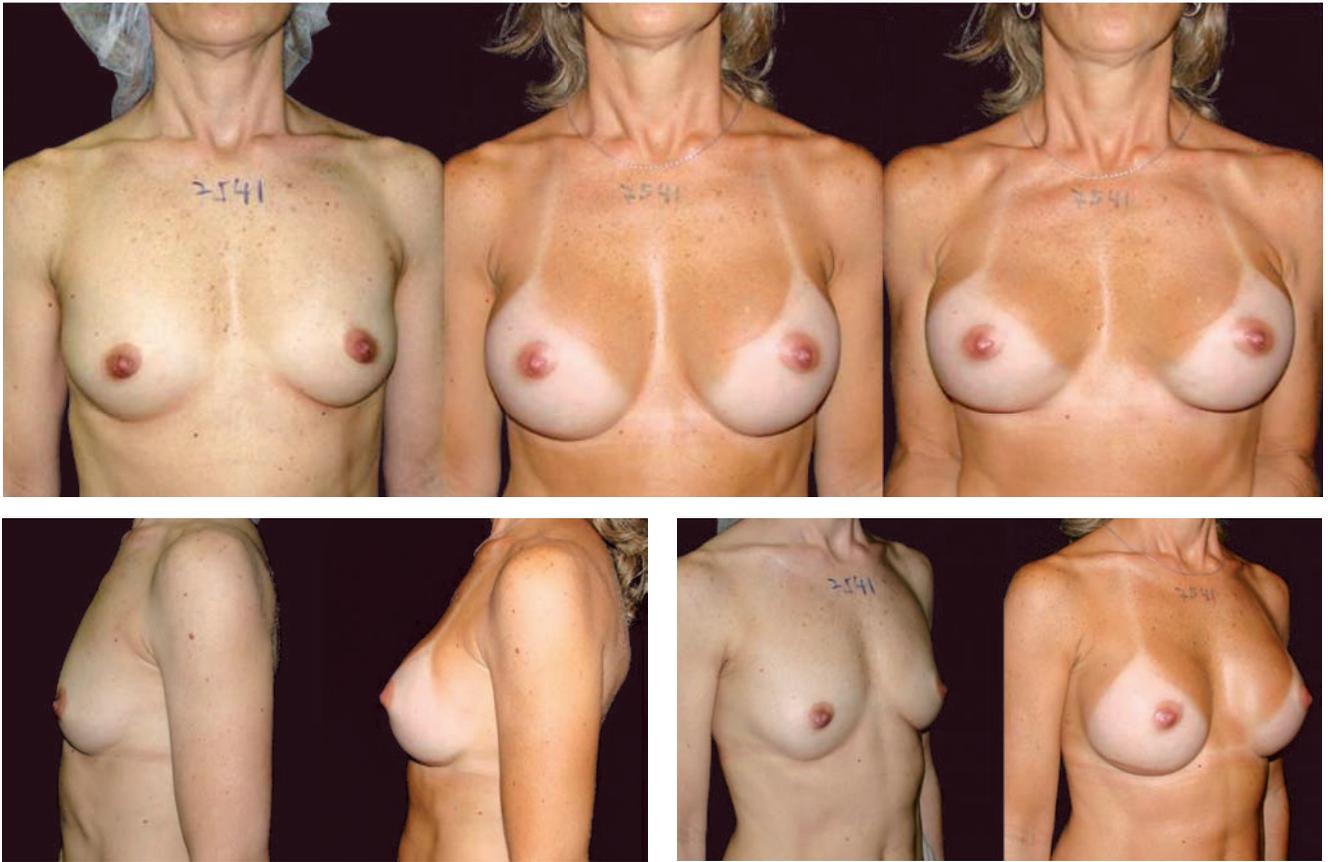


Figura 27. *Dual plane* por abordaje submamario. La tercera Foto de la primera línea muestra un desplazamiento mínimo ante la contracción del músculo pectoral mayor.

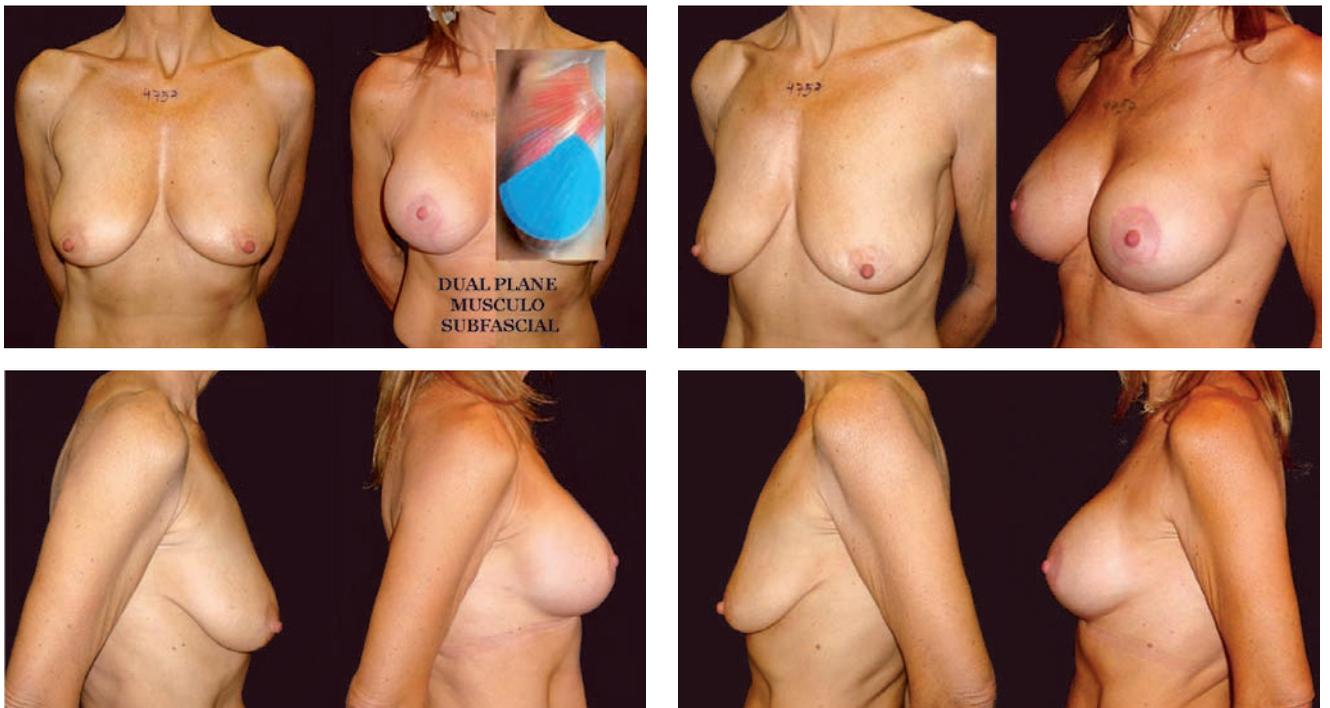


Figura 28. Paciente con implantes en *dual plane* y mastopexia periarelo-vertical. Se utilizó una cobertura mínima de músculo pectoral mayor para cuadrantes superiores e internos.

zada y es, además, heterogénea, resulta metodológicamente imprecisa. Se realizaron ecografías de control en 100 pacientes en los posoperatorios a los 5-10 días, 2-3 meses, más de 1 año del posoperatorio, en un período constante entre el 2005 y 2007, con el mismo equipo y operador, investigando hematomas, pliegues, seromas, identificación de fascia, músculo, etc. El resto de los autores comparte la metodología y el procedimiento, pero fueron excluidos de la muestra para mantener una mayor homogeneidad estadística. Individualmente generaron su propio muestreo, que resultó coincidente con el presentado en el trabajo en lo general.

### RESULTADOS

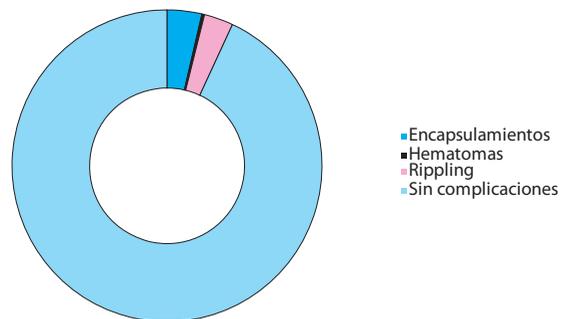
Del total de los 400 casos evaluados (200 implantes subfasciales y 200 submusculares) se observaron las complicaciones que se describen en las Figuras 29 y 30.

### CONCLUSIONES

Hemos presentado diferentes variantes técnica en la cobertura de los implantes mamarios, basándonos en descripciones anatómica, investigaciones cadavéricas y casos clínicos operados. Nuestras conclusiones son las siguientes:

1. Colocamos los implantes en bolsillos subfasciales o submusculares.
2. La indicación subglandular la reemplazamos por la subfascial, lo que es un cambio lógico por las razones anatómicas y fisiológicas desarrolladas en este trabajo.
3. El plano subfascial no sustituye al plano submuscular.
4. Al precisar las ventajas de cada plano, aspiramos a potenciar los recursos técnicos en favor de una ecuación benéfica.
5. Es posible una disección del bolsillo tomando como guía planos anatómicos definidos por el músculo y por la fascia de acuerdo con el lugar de elección.
6. Las fascias musculares en forma extendida o prolongada a partir de la del pectoral mayor es un artificio quirúrgico, no una continuidad anatómica natural.
7. Las fascias tienen una estructura elástica, vital y definida, siempre que estén adheridas al músculo, o separadas de éste pero manteniendo su relación en las estructuras suprayacentes, tal como la unidad glandular.
8. Las características de las fascias en cadáveres frescos y en casos clínicos son muy diferentes de las de cadáveres formolizados, por lo que no son fiables las comparaciones.
9. Creamos un zócalo de apoyo al implante; éste en un plano submuscular completa su cobertura por fascia de los músculos adyacentes (submúsculo-fascial), las que generan también una base de sustento y contención.
10. No creemos que las fascias puedan tener utilidad aisladas del músculo y de la mama, como cobertura única de un implante para algún procedimiento quirúrgico, dado que pierden su vinculación vascular.
11. Preservamos los elementos de sostén de la mama, lo que obviamente retarda la caída natural por acción gravitacional.

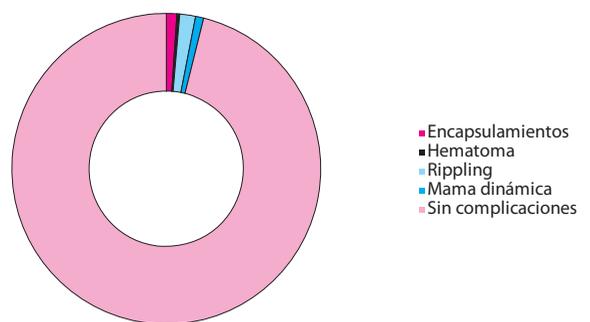
Complicaciones subfasciales



Encapsulamientos	3,5%	5 cápsulas grado 2, bilateral
		1 cápsula grado 2, bilateral
		1 cápsula grado 3, unilateral
Hematoma	0,5%	1
Rippling	-	0
Mama dinámica	-	0
Infección	-	0
Seroma	-	0

Figura 29. Complicaciones en 200 implantes subfasciales.

Complicaciones submusculares



Encapsulamientos	1%	2 cápsulas grado 2, unilateral
Hematoma	0,5%	1
Rippling	0,5%	1
Mama dinámica	1%	2
Infección	-	0
Seroma	-	0

Figura 30. Complicaciones en 200 implantes submusculares.

12. El *rippling* es un fenómeno relacionado con un escaso espesor de cobertura sobre el implante, entre otros factores. Los implantes subfasciales no han podido superar este defecto, y solos los submusculares siguen siendo un recurso correctivo en cuadrantes superiores.
13. Las fascias generan una interfase, pero no agregan espesor, por lo que no evitan el *rippling*.
14. El surco submamario es una entidad compleja con una anatomía discutida. Es necesario respetar su indemnidad, pero también al-

gunas veces es importante su supresión para evitar la memoria que causa defectos en doble burbuja.

15. El zócalo o base de apoyo fascial o aponeurótico es un recurso importante para la estabilidad del polo inferior y resistencia al decúbito protésico.
16. Hemos observado disminución de la llamada mama dinámica por medio de una racional y funcional sección estratégica del músculo pectoral, y manteniendo o conservando una continuidad aponeurótica.
17. Usamos bolsillos estrictos con implantes texturados, cualquiera sea el plano del bolsillo.
18. Guardamos una justa racionalidad en el uso del músculo pectoral.
19. Es posible y fundamental aportar cobertura en el lugar necesario.
20. El músculo pectoral puede ser usado parcialmente en el bolsillo, el cual es completado por la fascia extendida, considerándolo también un *dual plane*. Esta metodología es una forma de racionalizar los recursos tisulares disponibles limitando el déficit funcional y optimizando la cobertura en los diferentes sectores.
21. Hemos tenido menor incidencia de cápsula fibrosa en el plano subfascial con respecto al subglandular, siendo casi igual al plano submuscular.
22. La incidencia de seromas posoperatorios a corto o largo plazo fue casi inexistente.

## BIBLIOGRAFIA

1. Graf R, Bernardes A, Auersvald A, Costa Damasio R. Subfascial Endoscopic Transaxillary Augmentation Mammaplasty. *Aesth. Plast. Surg.* 2000;24: 216
2. Benito Ruiz, J. Subfascial Breast Implant. *Plast. Reconstr. Surg.* 2004; 113:1088
3. Graf, R., Bernardes, A., Rippel, R., et al. Subfascial breast implant: A new procedure. *Plast.Reconstr. Surg.* 111: 904-908, 2003.
4. Sampaio Goes, J., Landecker, A. Optimizing outcomes in breast augmentation: seven years of experience with the subfascial plane *Aesthetic Plast. Surg.* 27: 178-184, 2003.
5. Ciampagna, H. Nuevo método quirúrgico de mastoplastia de aumento, con técnica de prótesis "intrapectorales". *Revista Argentina de Cirugía Plástica.* Vol. 4, n 2, 1988
6. Serra-Renom J, Garrido M, Yoon T. Augmentation mammoplasty with anatomic soft cohesive silicone implant using the transaxillary approach at a subfascial level with endoscopic assistance. *Plast. Reconstr. Surg.* 116: 640-645, 2005.
7. Benito Ruiz J. Aumento mamario transaxilar subfascial/subglandular *Cir. Plast. Ibero-latinoamericana*, Vol. 31 – 2005, pag. 47-52
- 8-Ventura O, Marcello G., Gamboa C., Miro A. Optimizando el bolsillo subglandular en implantes mamarios: Utilización del plano subfascial. *Revista Argentina de Cirugía Plástica* Vol XI N3 2005.
9. Ventura, O., Marcello, G. Anatomic and physiologic advantages of totally subfascial breast implants. *Aesthetic Plast. Surg.* 29: 379-383, 2005
10. Bland KI, Copeland EM III (1998) *Anatomy and physiology of the normal lactating breast.* In: *The breast: Comprehensive Management of Benign and Malignant Diseases*, Saunders, Philadelphia, Vol 1.
11. Hamdi, M., Hammond, D., and Nahai: *Vertical Scar Mammaplasty.* Springer-Verlag Berlin-Heidelberg-Alemania
12. Gray, H. *Anatomy of the Human Body*, 13th Ed. Philadelphia: Lea and Febinger, 1985. P. 309.
13. Cooper, A. P. *On the Anatomy of the Breast.* London: Longmans, 1845. P 10
14. Garnier, D., Angonin, R., Foulon, R., Chavoin, J. P., Ricbourg, B., and Costagliola, M. Le sillon sous-mammaire: Mythe ou realite? *Ann. Chir. Plast. Esthet.* 36: 313, 1991.
15. Muntan, Ch., Sundine, M., Rink, R. et al. Inframammary fold: A histologic reappraisal *Plast. Reconstr. Surg.* 105:549-556, 2000
16. Lockwood, T. E. Superficial fascial system (SFS) of the trunk and extremities: A new concept. *Plast. Reconstr. Surg.* 87:1009, 1991
17. Stuzin, J. M., Baker, T. J., and Gordon, H. L. The relationship of the superficial and deep facial fascias: Relevance to rhytidectomy and aging. *Plast. Reconstr. Surg.* 89:441, 1992.
18. Bayati, S., and Seckel, B. R. Inframammary crease ligament. *Plast. Reconstr. Surg.* 95:501, 1995.
19. Van Straalen, W. R., Hage, J. J., and Bloemena, E. The inframammary ligament: Myth or reality? *Ann. Plast. Surg.* 35:237, 1995.
20. Maillard, G. F., and Garey, L. J. An improved technique for immediate retro-pectoral reconstruction after subcutaneous mastectomy. *Plast. Reconstr. Surg.* 80:396, 1987.
21. Handel, N., and Jensen, J. A. An improved technique for creation of the inframammary fold in silicone implants breast reconstruction. *Plast. Reconstr. Surg.* 89:558, 1992.
22. Wuringer E Refinement of the central pedicle breast reduction by application of the ligamentous suspension. *Plast Reconstr. Surg.* 103: 1400. 1999.
23. Barnett, A. Transaxillary subpectoral augmentation in the ptotic breast: Augmentation by disruption of the extended pectoral fascia and parenchymal sweep. *Plast. Reconstr. Surg.* 86:76, 1990.
24. Ventura O.: "Implantes mamarios: Elección de un bolsillo adecuado y ventajas de un zócalo de apoyo". XI Congreso de Cirugía Plástica del Cono Sur Americano, y V Congreso Uruguayo de Cirugía Plástica. Montevideo-Uruguay. Abril de 2007.
25. Robles J., Zimman O., Leé J.: A Large Subpectoral Pocket for Breast Implants. *Plast. Reconstr. Surg.* 1978, Vol. 62, 1
26. Ventura O. "Criterios de elección en la localización del bolsillo del implante mamario". Congreso Ibero latinoamericano de Cirugía Plástica. Buenos Aires. 2006
27. Ventura O, Marcello G., Gamboa C., Miro A. "Implantes Mamarios en el Plano subfascial en Reemplazo del Bolsillo subglandular: Un Cambio Lógico. *Cir. Plástica Ibero-latinoamericana* 2006, 32(1): 11.
28. Millan Mateo J., Vaquero Perez MM. Innovative new concepts in augmentative breast surgery. *Aesthetic Plast. Surg.*, 22:372-379, 1988
29. Millan Mateo J., Vaquero Perez MM. Innovative new concepts in augmentative breast surgery. Part II. *Aesthetic Plast. Surg.*, 25: 436, 2001
30. Abulafia A.: "Cobertura parcial del implante con musculo pectoral mayor". Reunión de filiales de la Sociedad Argentina de Cirugía Plástica. Mar del Plata, Buenos Aires Diciembre de 2006
31. Millan Mateo, J, Vaquero Pérez, M. Nuestra Técnica de Aumento Mamario con descenso Asimétrico del Surco Submamario. *Cir. Plast. Ibero-latinoamericana.* Vol. 28, N 1, pag. 11-20, 2002
- 32-Ventura O., Marino H., Marcello G., Mitidieri V. Un Zócalo como soporte del implante mamario. *Cirugía Plástica Ibero Latinoamericana* Vol. 33 n1 2007.



33. Tebbetts J. B.: *Dual plane (DP) breast augmentation: Optimizing implant-soft tissue relationships in a wide range of breast types. Plast. Reconstr. Surg.* 2001, 107: 1255.
34. Aubone E. *Consideraciones sobre el bolsillo en implantes submusculares. Capitulo de Mamas de FILACP, Curso Internacional: septiembre del 2005. Buenos Aires, Argentina.*
35. Baxter R. *Subfascial Breast Augmentation: Theme and Variations. Aesthetic Surgery Journal, September 2005, pag. 447.*
36. Gea Martins M., Filho C., Gomes Faría F, Araujo Costa L. y da Cunha F.: *Mastoplastia de aumento nas hipomastias moderadas e importantes. Anais da 42 Congresso brasileiro de Cirurgia Plástica. Belo Horizonte-Brasil. Novembro de 2005*
37. Tofield J.: *Dual plane breast augmentation. Plast. Reconstr. Surg.* 2001; 108:2162
38. Giuliano AE, Kirgan DM, Guenther JM, Morton DL. *Lymphatic mapping and sentinel lymphadenectomy for breast cancer Ann Surg.* 1997 Jan; 225(1):126-7.

# LA IMPORTANCIA DEL MÚSCULO LISO AREOLAR EN EL CIERRE DE LAS INCISIONES AREOLARES

Guillermo Vázquez, Ernesto Moretti

Premio Investigación - 39º Congreso Argentino de Cirugía Plástica.

## INTRODUCCIÓN

En la actualidad, la cirugía de aumento mamario ha empezado a ocupar el puesto número 1 en el ranking dentro de las cirugías estéticas. Las incisiones más habitualmente usadas para este tipo de cirugías son las ubicadas en la areola y en el surco submamario. De estas dos, en nuestra práctica, la preferida por la mayoría de las pacientes es la areolar, ya sea intraareolar o periareolar, debido a que resulta más imperceptible y estética que la vía submamaria.<sup>1-3</sup>

Uno de los problemas que se plantean es la tensión a que están sometidas las cicatrices, ya que el implante ejerce una gran fuerza sobre ellas.

En ninguno de los trabajos publicados sobre cirugías de implantes mamarios y mastoplastias que utilizan como vía de abordaje incisiones intraareolares o periareolares se menciona al músculo liso areolar; por lo tanto, no encontramos ninguna cita referida sobre él en la bibliografía mundial de cirugía plástica.<sup>4-8</sup> Sólo se lo menciona en tratados de anatomía como un simple músculo liso.<sup>9-11</sup>

El propósito de este trabajo de investigación es demostrar la importancia clínica quirúrgica que tiene el músculo liso areolar en el pronóstico de las cicatrices intraareolares o periareolares en las cirugías mamarias, así como en las alteraciones de la forma de la areola.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se diseñó el siguiente protocolo de investigación para el estudio correspondiente del músculo areolar:

- **Etapa 1:** recolección de muestras.
- **Etapa 2:** estudios histológicos (tinciones especiales para músculo y tejido conectivo) y mediciones de espesores.
- **Etapa 3:** aplicación clínica quirúrgica.

## ETAPA 1. RECOLECCIÓN DE MUESTRAS

La obtención de muestras se efectuó en 10 piezas de mastectomías (pacientes sometidas a tratamientos quirúrgicos por carcinoma de mama). Se incluyeron dentro de las muestras las piezas que en bloque conservaran en su totalidad el complejo areola-pezones, sin interferencias de cicatrices previas o cortes parciales de la zona.

A continuación se realizaron disecciones con lupa de 4X del complejo areolo-mamilar con especial cuidado de la zona subdérmica, con el objeto de dejar íntegra la placa muscular y conductos galactóforos del pezón (**Figuras 1, 2 y 3**)

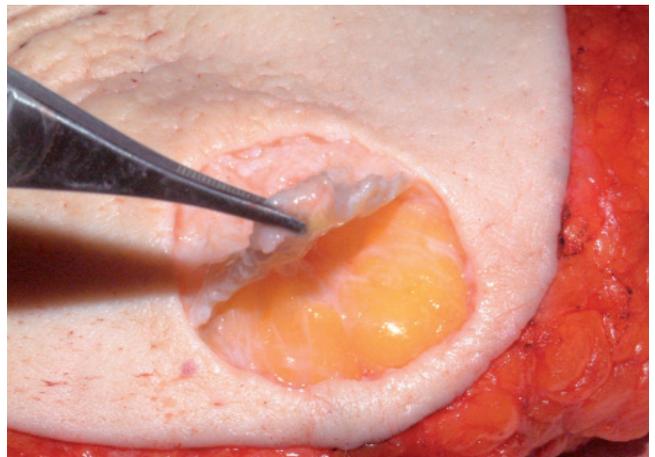
### Medición del espesor del músculo

La medición se realizó con escalímetro. Se midió en la periferia, en la parte central y en zona peripezón. En la periferia el resultado fue de 0,4 mm de espesor, en la parte central de 0,7 mm y en la zona peripezón de 1 mm.

### Cortes histológicos de las muestras

Se rotularon las muestras y se incluyeron en forma convencional en parafina. Posteriormente se realizaron cortes con micrótopo marca M-Tec Yidi. Los cortes se efectuaron con un espesor de 4 micras.

Se procedió a la separación de los cortes para estudios histológicos siguiendo el diseño de los **Esquemas 1 y 2**.



**Figuras 1 y 2.** Disección magnificada con lupa de 4X sobre el complejo areola-pezones. Resección en bloque de la zona hasta el tejido mamario-adiposo. De esta forma se retiró todo el complejo.

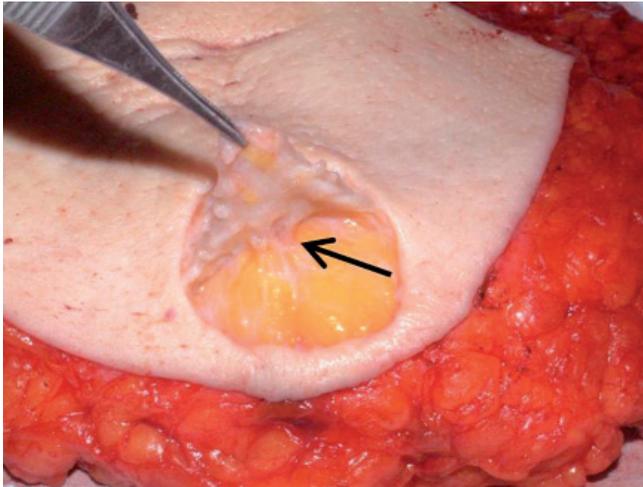
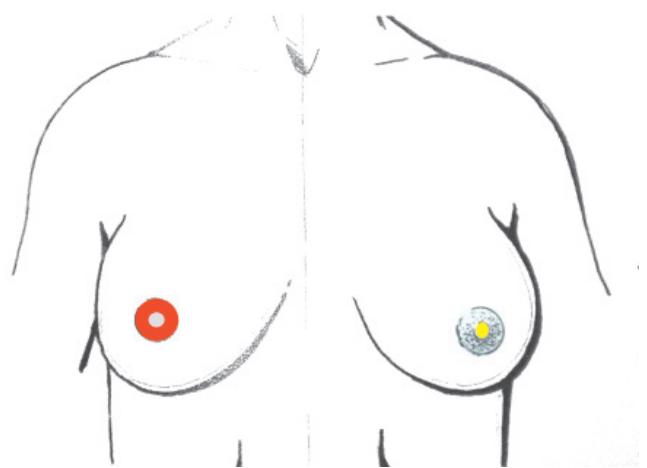


Figura 3. Diseción del complejo con lupa 4X. Identificación de conductos galactóforos y zona retropezón con profundización de la zona (flecha).



Esquema 1. Anillo amarillo (zona 1: disecciones y biopsias de pezón). Anillo rojo (zonas 2, 3, 4: disecciones y biopsias de zona areolar).

## ETAPA 2. ESTUDIOS HISTOLÓGICOS

Las diferentes muestras se incluyeron para el estudio histológico en 2 tinciones específicas:

**Tinción hematoxilina y eosina (H&E).** Los núcleos se tiñen con un azul-negro profundo con hematoxilina y el citoplasma se tiñe de rosa después del paso de la tinción con eosina, usualmente en agua.

**Tinción de tricrómico de Mallory.** También llamado anilina azul de Mallory o triple Mallory. Es el método específico para el estudio del tejido conectivo y muscular. Los preparados se tiñen en ácido fucsínico, solución de anilina azul-naranja y ácido fosfotúngstico. De esta forma se colorean las fibras de colágeno en azul, como también las fibras de la neuroglia y la fibrogliá. Las fibras musculares se tiñen de color rojo y las fibras de elastina se tiñen de color rosa pálido o amarillo.

Las piezas fueron evaluadas posteriormente con microscopio de luz polarizada, marca Olympus CX-31 (objetivos 40X, 100X, 200X, 400X, 600X).

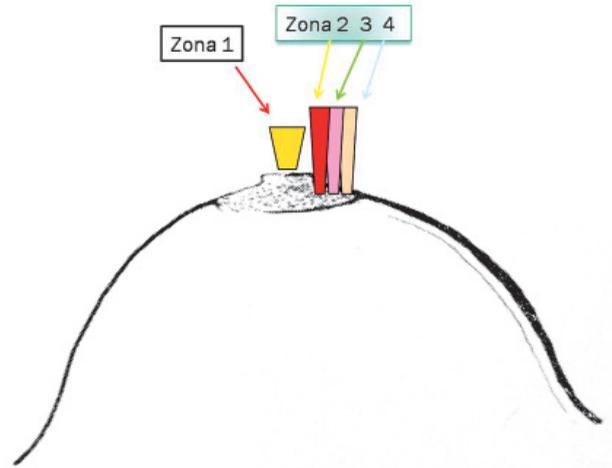
### Resultados

Se procedieron a realizar en las 10 piezas de mastectomía diferentes cortes en las zonas 1, 2, 3 y 4 con el objeto de evaluar la cantidad de fibras musculares presentes en cada región, así como la disposición de las fibras y la profundidad en cada zona.

#### Resultados de las biopsias de acuerdo con la densidad de las fibras

Los resultados a nivel de pezón (Zona 1) y del área ubicada próxima a la zona del pezón (Zona 2) demostraron igual distribución de las fibras musculares tanto en densidad como así en profundidad (Figuras 4 y 5). Se observaron abundantes fibras musculares circulares y longitudinales, lo cual explica la contracción del complejo y su erección. Estas fibras mantenían la dispo-

Zona 1	cortes a nivel del pezón
Zona 2	cortes a nivel areola (proximidad al pezón)
Zona 3	cortes a nivel areola (zona media entre pezón y borde areolar)
Zona 4	cortes a nivel areola (zona borde areolar)

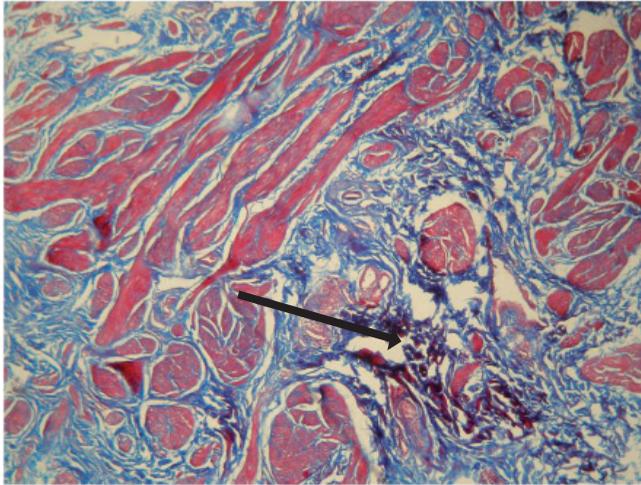


Esquema 2. Área de los cortes.

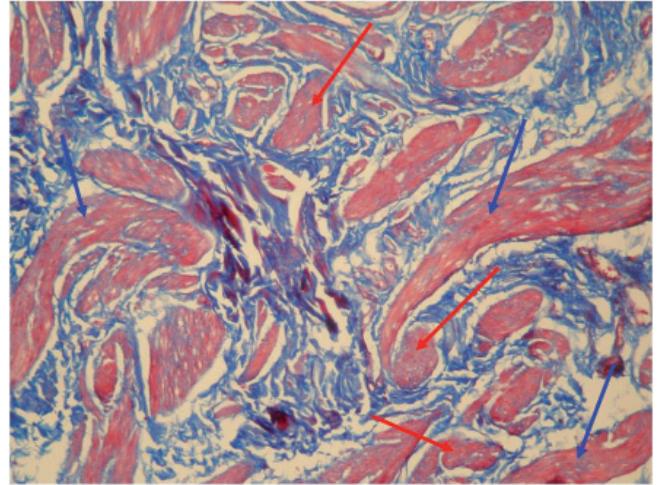
sición hasta en los cortes profundos del micrótomó (cortes realizados cada milímetro). En las Zonas 3 y 4 van disminuyendo la cantidad de fibras musculares a medida que nos acercamos al borde areolar (Figuras 11 y 12). Lo interesante de destacar es que en todas las biopsias hay presencia de la placa muscular debajo del complejo.

#### Resultados de las biopsias de acuerdo con la profundidad

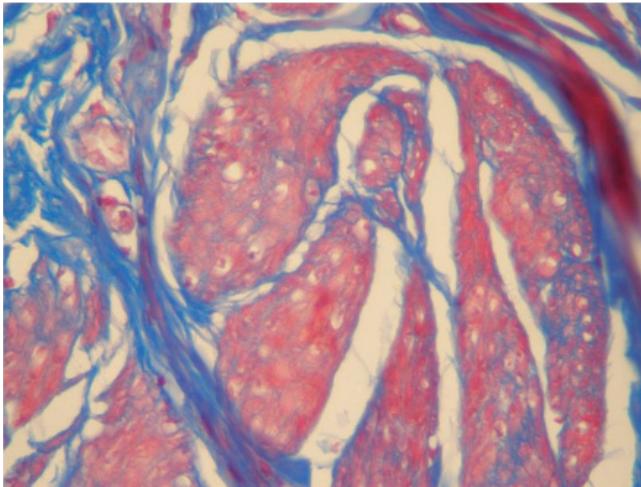
En los cortes realizados a los 0,5 milímetros en la zona 2 se mantenían las fibras en gran cantidad. Es decir que en los 5 cortes efectuados la disposición y cantidad de fibras era similar. Gran cantidad de fibras circulares y longitudinales (Figura 10). En las zonas 3 y 4 se



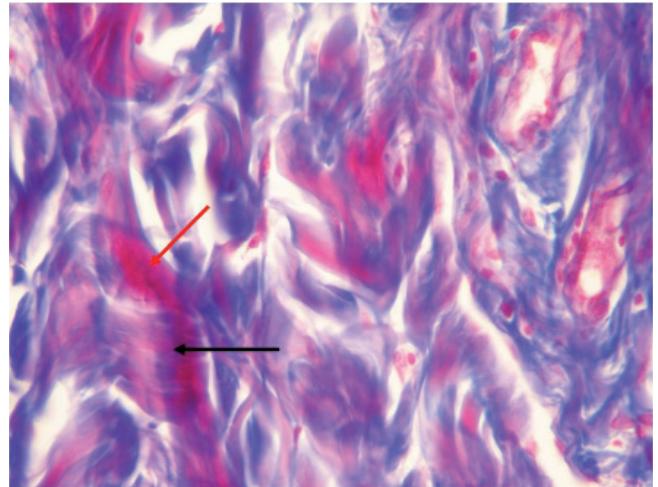
**Figura 4.** 200X, tricrómico de Mallory. Con esta tinción se tiñen las fibras musculares de rojo y el tejido conectivo de azul. Biopsia de zona 1 (zona de pezón). Obsérvese la gran densidad de fibras musculares lisas ubicadas a nivel del pezón.



**Figura 5.** 200X, tricrómico de Mallory. Biopsia de zona 2 (zona de próxima al pezón). Obsérvese la similitud con la imagen anterior. Gran densidad de fibras musculares lisas. Es interesante destacar la disposición de los 2 tipos de fibras: fibras circulares (flechas azules) y fibras longitudinales (flechas rojas).



**Figura 6.** 400X, tricrómico de Mallory. Imagen ampliada donde se observan las fibras circulares musculares, las cuales son las responsables de provocar la contracción de la areola y el pezón.



**Figura 7.** 600X, tricrómico de Mallory. Máxima resolución para observar miofibrillas. Imagen donde se observa interconexión de fibras longitudinales (flecha roja) y transversales (flecha negra). Esta imagen demuestra la imbricación de miofibrillas para lograr armonía entre la contracción circular y longitudinal del complejo.

observan las disminuciones de las fibras en densidad y cantidad, lo cual explica la menor contracción del complejo hacia la periferia. En la zona 4 solo se observó fibras musculares en los cortes del micrótopo a nivel superficial (0.2 mm.) de profundidad.

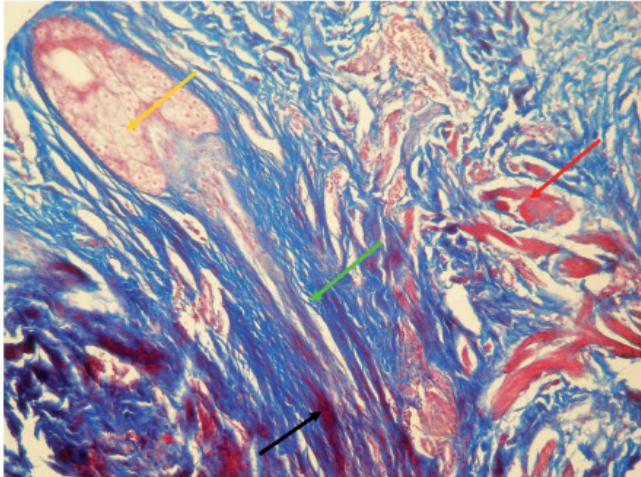
#### Resultados de las biopsias de acuerdo a las características de las fibras

Con respecto a la disposición de las fibras a nivel de la zona 2 se observan igual cantidad de fibras longitudinales y circulares (**Figuras 4, 5, 6, 7, 8 y 9**). No hay predominio de unas sobre las otras. Un elemento de gran valor, no encontrado en la literatura, es que en la zona 3 se observan predominantemente fibras de tipo longitudinal

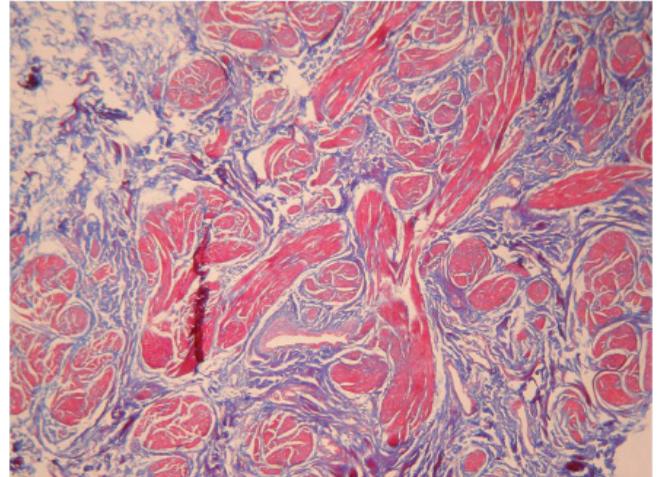
(**Figura 11**) y en la zona 4 predominan las fibras circulares (casi en exclusividad) (**Figura 12**). Esto adquiere considerable importancia en la cirugía plástica debido a que explica por qué la cicatriz a nivel periareolar se retrae y se ensancha si no se procede al cierre delicado de esta zona.

#### Resultados de las biopsias: otras fibras musculares halladas

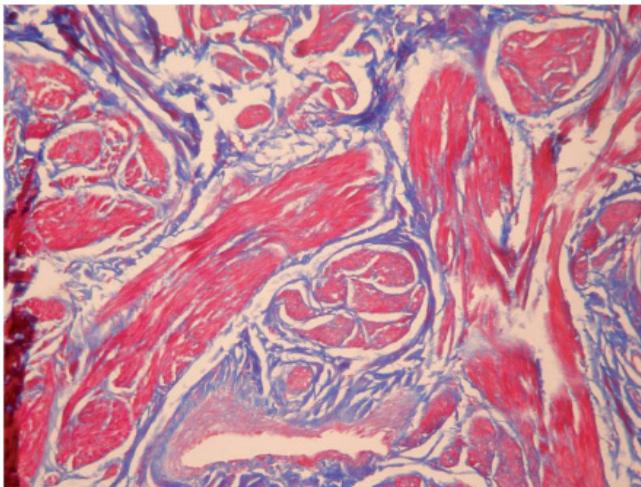
Es interesante destacar además que en las biopsias efectuadas hemos encontrado otras fibras de origen muscular liso (tinción roja al tricrómico de Mallory) y que corresponden a músculo del sistema piloerector (pelo y glándula de Montgomery) (**Figura 8**) y a músculo



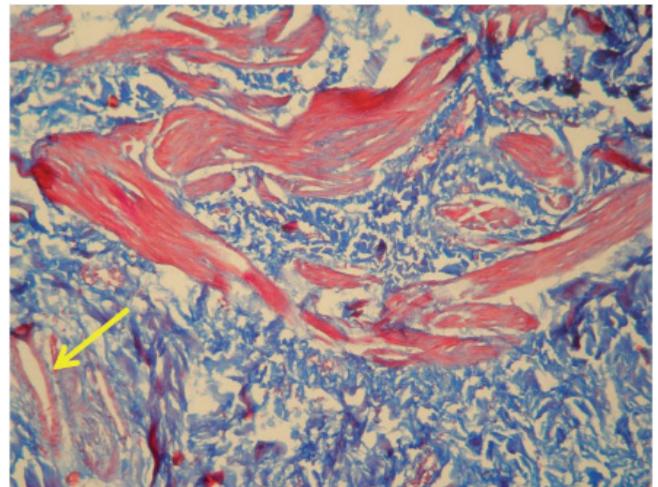
**Figura 8.** 200X, tricrómico de Mallory. Biopsia a nivel de tubérculos de Montgomery. Anexos sebáceos (**flecha amarilla**). Músculo piloerector (unidad pilosebácea) (**flecha verde**). Es interesante destacar que se observa coloración roja en la base y en el trayecto de salida de los anexos sebáceos. Esto se debe a que conforma el músculo piloerector (**flecha negra**) que se diferencia sensiblemente del músculo areolar (**flecha roja**).



**Figura 9.** 200X, tricrómico de Mallory. Zona 2 (zona próxima al pezón). Abundantes fibras longitudinales y transversales musculares. Medición con micrómetro con promedio un promedio de 0,5 mm de espesor con imágenes musculares. Los 5 cortes realizados en profundidad demostraron la misma imagen de abundantes fibras.



**Figura 10.** 400X, tricrómico de Mallory. Zona 2 (zona próxima al pezón). Toma profunda de la zona 2, donde se observa la gran cantidad de fibras longitudinales y transversales.



**Figura 11.** 200X, tricrómico de Mallory. Biopsia de zona 3. Predominan las fibras longitudinales. Nótese la disminución de la densidad de las fibras musculares. La flecha marca vasos sanguíneos con músculo liso vascular (**flecha amarilla**).

lo de los vasos sanguíneos (capa muscular de las arterias dérmicas) (**Figuras 3 y 11**). Estas fibras musculares son fácilmente detectables y no motivan confusión con el músculo areolar. Ello se debe a que en el primer caso (sistema piloerector) se observa la glándula y la matriz pilosa, y en el segundo caso, se identifican los haces musculares alrededor de la luz de los vasos sanguíneos.

### ETAPA 3. APLICACIÓN CLÍNICA QUIRÚRGICA

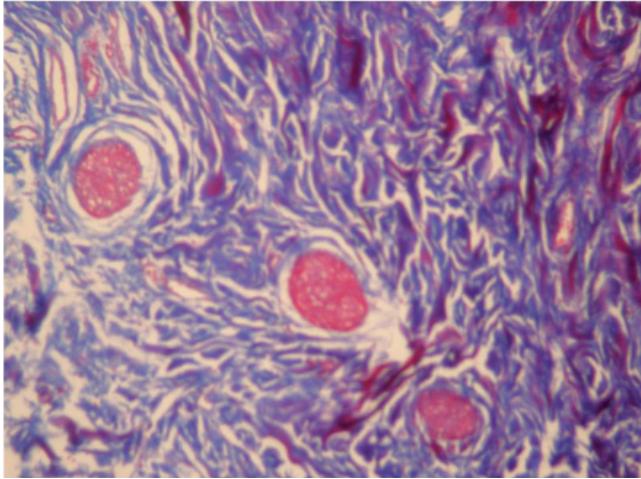
Los resultados de la investigación anatómo-histológica son aplicados en la siguiente etapa: la clínica-quirúrgica.

### Mastoplastias aumentativas

En las pacientes sometidas a una cirugía aumentativa de mama por vía de acceso periareolar, realizamos la miorrafia total de músculo liso areolar en los cierres de las incisiones. Ya realizada la implantación y habiendo suturado la glándula y un segundo plano, visualizamos e identificamos al músculo areolar (**Figura 13**).

Procedemos entonces a realizar la sutura de éste con puntos invertidos (**Figuras 14 y 15**), completando la miorrafia total del músculo (**Figura 16**).

La miorrafia total del músculo nos permite evitar que su retracción



**Figura 12.** 400X, tricrómico de Mallory. Biopsia de zona 4. Importante disminución de fibras musculares hacia la periferia. En esta área predominan las fibras circulares.

sea otro factor de tensión en la cicatriz resultante, obteniendo cicatrices casi imperceptibles (**Figuras 17 y 18**).

### Mastoplastias

Procedimos a la re inserción total y completa del músculo areolar al plano subdérmico del borde de la piel mamaria (**Figuras 19 y 21**). En la **Figura 22** se observan los excelentes resultados obtenidos en la cicatriz posoperatoria.

### DISCUSIÓN

La observación en el seguimiento de algunas pacientes que se habían sometido a una cirugía de inclusión mamaria y que presentaban un ensanchamiento de la cicatriz (**Figura 24**) o en su defecto una deformación de la circunferencia areolar (**Figura 25**), nos motivó a realizar este trabajo de investigación, ya que la imperceptibilidad de las cicatrices es una demanda casi constante que recibimos los cirujanos plásticos por parte de las pacientes.

Es lógico presumir que, en la zona mamaria, la exigencia es mayor ya que la mama no sólo cumple una función fundamental con la lactación, sino, que es, además, una zona erógena por excelencia, con gran importancia en la femeneidad de las mujeres. Una de las primeras premisas que uno aprende en Cirugía Plástica es que las suturas no tienen que estar sometidas a tensión. Por tal motivo, la sutura de la areola también debe cumplir con este mandato y debe ser suturada en todos los planos, incluido el músculo areolar, para evitar la tensión y en consecuencia, un ensanchamiento de la cicatriz final.

### CONCLUSIÓN

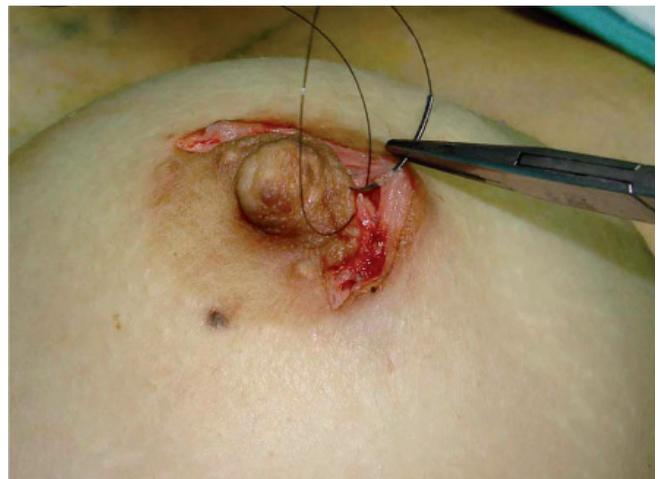
Los estudios realizados por los autores corroboran que el músculo liso areolar tiene un papel preponderante en la cicatriz final ya que no se comporta como un simple músculo liso, sino que presenta una acción mixta que se visualiza ante los distintos



**Figura 13.**



**Figura 14.**



**Figura 15.**



Figura 16.

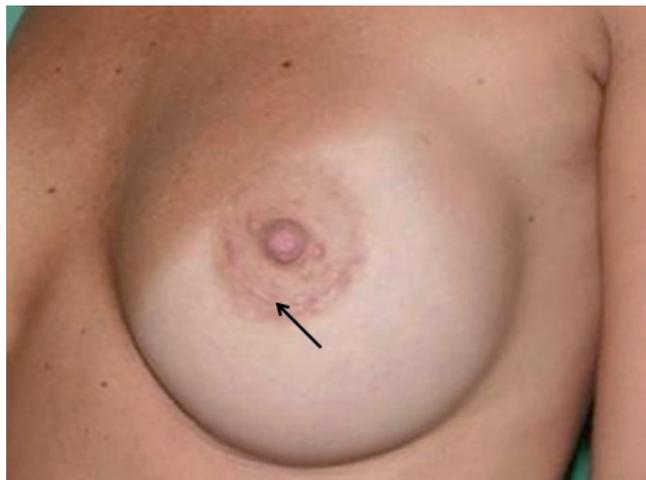


Figura 17.



Figura 18.



Figura 19. Toma con punto invertido del músculo areolar.

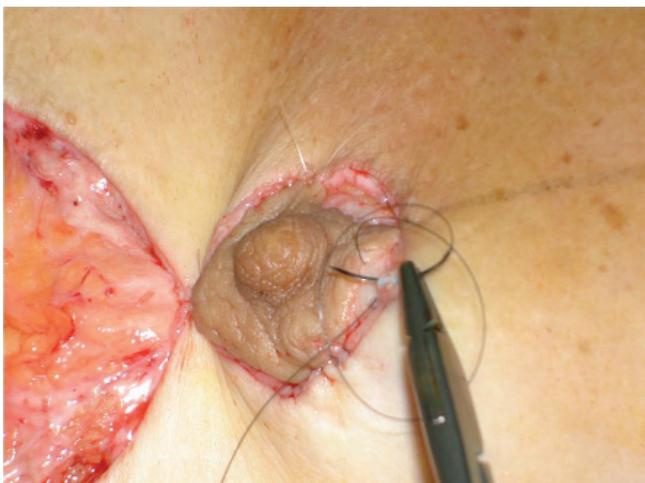


Figura 20. Reinserción del músculo al plano subdérmico del borde de la piel mamaria.

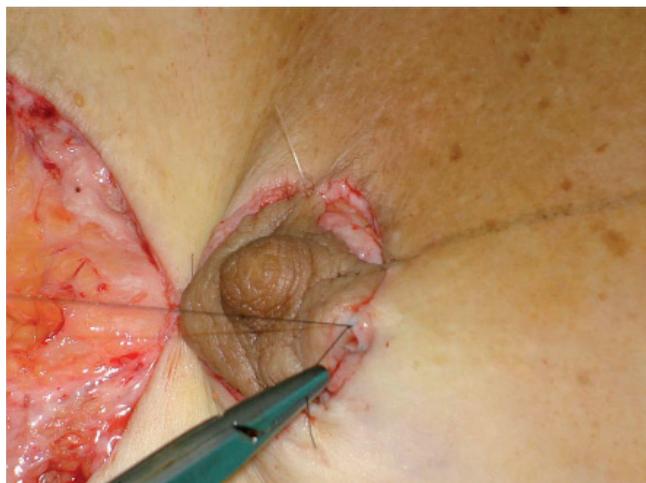


Figura 21.



Figura 22. Sutura completada sin tensión y con el músculo areolar totalmente reinsertado.



Figura 23. Cicatriz con 8 meses de evolución.



Figura 24. Músculo areolar no reinsertado.

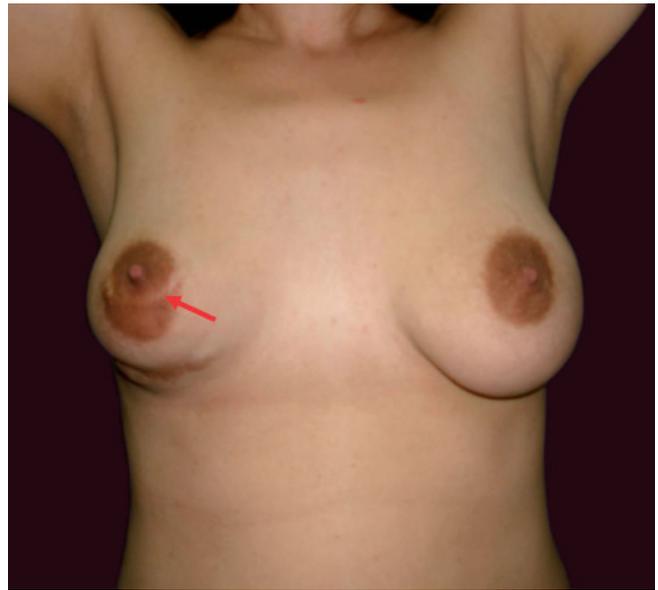


Figura 25. Músculo areolar sin miorrafia con deformación areolar.

estímulos (frío, tacto, etc.), con la contracción circular y longitudinal de sus fibras, produce la erección del pezón y la retracción de la areola. A este fenómeno se lo denomina clínicamente **telotismo**.

El músculo liso areolar se diferencia de cualquier otro tipo de músculo no estriado por tener miocitos fusiformes mononucleados entrelazados, longitudinal y circularmente, y cuya contracción provoca la reducción de la superficie del plano areolar con la resultante erección del pezón. Es probable que muchos cirujanos suturen el músculo sin darse cuenta al hacer un plano subdérmico y produzcan una miorrafia parcial involuntariamente, obteniendo buenas cicatrices. Pero, por lo expuesto en el párrafo anterior y ante el comportamiento mixto del músculo, este trabajo de investigación llega a la conclusión de la importancia que tiene la miorrafia completa del músculo liso areolar así como su

reinserción en las mastoplastias, ya que esto previene el ensanchamiento de la cicatriz y también evita una deformación de la areola, ante la inevitable sección y retracción del músculo en las incisiones areolar o periareolares.

## BIBLIOGRAFIA

1. Vázquez G, M.D., Pellón, A, M.D., Polyurethane-Coated Silicone Gel Breast Implants Used for 18 Years, *Aesth. Plast. Surg.* 31:330\_336, 2007.
2. Vázquez G, M.D.: A ten-year experience using polyurethanecovered breast implants. *Aesth Plast Surg* 23:189\_196, 1999.
3. Vázquez G: Modification of the anatomic silicone gel implant with polyurethane cover. *Cir Plast Iberolatinamer* 31:193\_198, 2005
4. Georgiade, N, M.D.; Georgiade, G, M.D.; Riefkohl, R, M.D., *Aesthetic Surgery of the Breast*, W.B. Saunders Co., 1990.



5. Goldwyn, R. M.D., *Plastic and Reconstructive Surgery of the Breast*, Salvat ed., 1981.
6. Handel N, Cordray T, Gutierrez J, et al.: A long-term study of outcomes, complications, and patient satisfaction with breast implants. *Plast Reconstr Surg* 117:757-767, 2006.
7. Mc Carthy, J. M.D., *Plastic Surgery, The trunk and lower extremity*, Vol. 6, W.B. Saunders Co., 1990.
8. Ribeiro, L, *Pedículos em Mamoplastia, Atlas e Texto*, Guanabara Koogan ed., 2005.
9. Rouvière, H, Delmas, A. *Anatomía Humana*, Tomo 2, 9ª edición, Edit. Masson.
10. *Gray's Anatomy*, 36ª Edition, Salvat ed., 1985.
11. *Anatomía Humana*, Latarjet M. and Ruiz Liard, A., 4ta. Edición, 2004. Ed. Médica Panamericana, México.



# FEMINIZACIÓN FACIAL COMPLETA

## REMODELACIÓN ÓSEA Y DE PARTES BLANDAS FACIALES

Marcelo R. Di Maggio<sup>1</sup>

1. Hospital Británico de Buenos Aires

Mención Especial del Premio Senior - 39º Congreso Argentino de Cirugía Plástica

### RESUMEN

El tratamiento de los pacientes con disforia de género en su mayor expresión, es decir, transexuales de hombre a mujer, comenzó hace muchos años, y fue el pionero el Dr. Douglas K. Ousterhout DDS, MD.<sup>6</sup> En la actualidad existe una gran cantidad de procedimientos quirúrgicos derivados de la cirugía craneofacial y de la cirugía estética que, empleados con idoneidad y equilibrio, pueden transformar los rasgos masculinos de una cara en rasgos femeninos y de esa manera satisfacer una demanda cada vez más creciente de personas con esta problemática. En este trabajo se describe un algoritmo de procedimientos imprescindibles y otros accesorios cuya utilización criteriosa y en una sola etapa quirúrgica logra resultados excelentes, integrando la remodelación del esqueleto óseo facial y el reposicionamiento de las partes blandas en su conjunto. Creemos que es posible afrontar el desafío de transformar los rasgos masculinos en femeninos conservando la armonía de los contornos y relieves de una cara; sin lugar a dudas, es el comienzo de una experiencia de sólo 2 años y llena de interrogantes de cara al futuro.

### INTRODUCCIÓN

El transexualismo es considerado como el fin de un espectro llamado *desorden de identidad de género*. Es una condición en la cual el género psicológico del individuo es el opuesto al género anatómico. Hay un deseo de vivir y ser aceptado como un miembro del género opuesto.

Los pacientes refieren como si estuviesen atrapados en un cuerpo equivocado, además de tener la fuerte intención de querer correlacionar su aspecto externo con la identidad psicológica que ellos perciben.<sup>1</sup>

En muchos países, los transexuales son tratados de acuerdo con los cuidados estándares de la Asociación Internacional de Disforia de Género. Muchos estudios muestran que la terapia de reasignación de género es la solución a este problema. A pesar de que la reasignación genital es lo principal en el transexualismo, hay muchos otros caracteres externos y tal vez más visibles, que pueden impedir una correcta aceptación del individuo por la sociedad.

Muchos estudios cruzados en los Estados Unidos y en Gran Bretaña muestran una prevalencia del transexualismo del 1: 50.000, mientras que en Holanda llega hasta 1:13.000.

La reasignación de género necesita el trabajo en equipo de psicólogos, médicos y cirujanos de diversas especialidades.

Los procedimientos quirúrgicos, en su mayoría irreversibles, deben ser considerados como el último paso de un largo proceso. La terapia hormonal debe empezarse para iniciar esta transición, alterando el pelo, el tamaño y forma de las mamas, la textura y aspecto de la piel, la distribución de grasa corporal y el tamaño de los órganos sexuales. Esto debe ser seguido de una verdadera experiencia de vida como un individuo del otro sexo, para corroborar el deseo del paciente de someterse a las intervenciones quirúrgicas. Recién superada esta etapa se debe valorar la posible intervención quirúrgica.

### DIFERENCIAS ENTRE EL HOMBRE Y LA MUJER

Hay ciertas características faciales que son importantes conocer, para pasar en público como un miembro del sexo opuesto.

Varias diferencias antropométricas entre caras masculinas y femeni-

nas fueron estudiadas por Furnas y otros.<sup>3,4</sup> Las diferencias son más notorias en los rebordes orbitarios, las regiones malares y la mandíbula (**Figura 1**).

En los hombres la **frente** es plana con rebordes orbitarios prominentes. La frente femenina tiene forma de un suave arco. Las órbitas en las mujeres son más grandes y aparentan estar más altas.

Las **regiones cigomáticas** en hombres son más consistentes, pero tienen una apariencia más plana, en contraste los huesos malares en las mujeres son más prominentes.

La **mandíbula** en el hombre es más grande, con un ángulo en el gonion más prominente, dando una apariencia de un cuadrado, y en un plano frontal la mandíbula es también más ancha.

En contraste, la mujer tiene un ángulo en el gonion más obtuso, dando una apariencia más suave, de forma que en un plano frontal la mandíbula es más angosta siendo el mentón más prominente en la mujer que en el hombre.

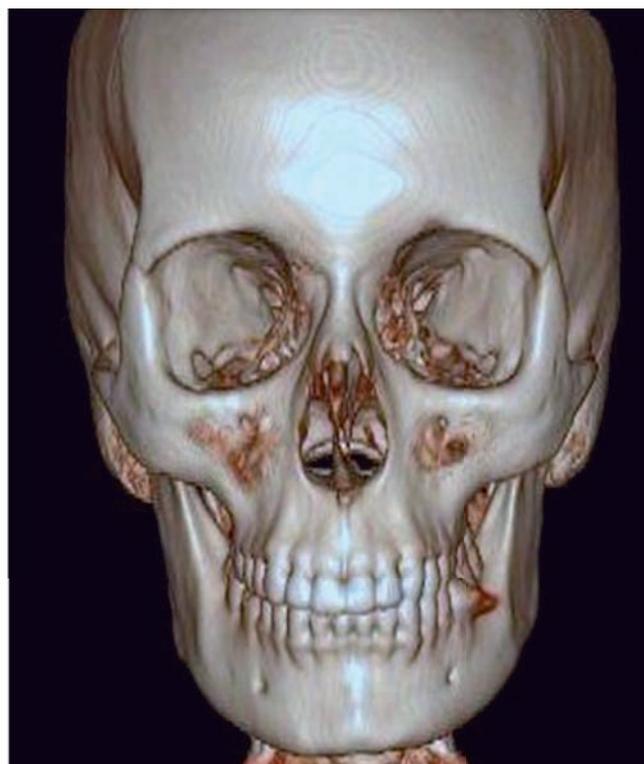
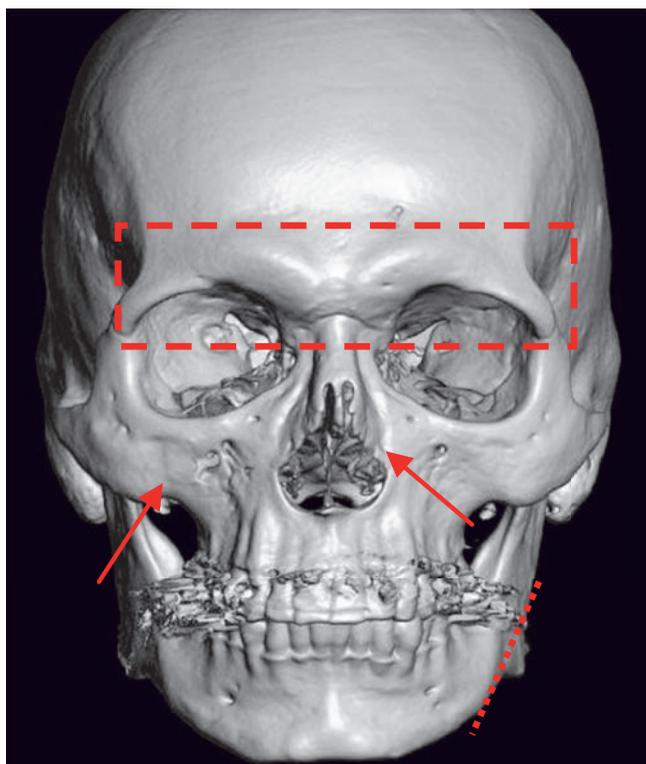
### MATERIAL Y MÉTODOS

Durante el período de marzo de 2006 a diciembre de 2008 se operaron 31 pacientes con diagnóstico de disforia de género en su mayor expresión (transexuales), a los que se les realizaron diferentes procedimientos quirúrgicos de feminización facial.

Todos los pacientes fueron tratados en nuestro país y en su totalidad eran extranjeros, con una estadía en el país promedio de 3 semanas.

Todos los pacientes recibieron anestesia general y el promedio de tiempo de quirófano fue de 9 horas (de 6 a 12 h). El tiempo de internación fue de 2 días.

Los procedimientos realizados fueron: remodelación frontoorbitaria con incisión bicoronal y osteotomías frontoorbitarias (n = 31), avance del cuero cabelludo y lifting frontal con reposicionamiento de las cejas (n = 31), rinoplastia (n = 31), osteotomías de los ángulos de la mandíbula (n = 31), remodelación de la rama horizontal mandibular y región mentoniana a través de osteotomías y/o remodelamiento óseo (n = 31). Lifting cervicofacial (n = 19), blefaroplastia (n = 11), lifting de labio superior y/o relleno con injerto dermograso (n = 31), condrola-



Hombre

Mujer

Figura 1. Diferencias anatómicas entre las estructuras óseas de la cara del hombre y de la mujer.

ringoplastia del cartilago tiroideo (n = 9), liposucción facial (n = 5), otras osteotomías de maxilar (n = 2), aumento de volumen de las regiones temporal y cigomático-malar (n = 2).

Los resultados fueron evaluados como altamente satisfactorios en base a la conformidad de los pacientes y de comparar los resultados de otros especialistas en feminización facial.

Las complicaciones fueron las siguientes: una hemorragia intraoral al realizar la osteotomía de uno de los ángulos, que requirió de ligadura de una arteria de la región maseterina; una infección posoperatoria de la región frontal que requirió de drenaje quirúrgico; un hematoma posoperatorio en un lifting facial, drenado espontáneamente; una paresia de la rama frontal por tracción del colgajo bicoronal que se recuperó al mes de posoperatorio.

El seguimiento posoperatorio es complicado, ya que los pacientes son en su totalidad extranjeros. De todas formas, mantenemos con todos ellos un estrecho control y monitoreo posoperatorio, a través de mails y fotografías. Actualmente no se han registrado complicaciones alejadas hasta el día de la fecha.

### PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS

Los procedimientos quirúrgicos se dividen en dos grupos: **principales** y **secundarios**.

Los **principales** son los que deben realizarse en todos los pacientes para lograr un rostro lo más femenino posible. Si estos procedimientos no son realizados, hacen imposible conseguir el resultado deseado. Incluyen el tratamiento de las estructuras óseas faciales y los planos faciales profundos y son: osteotomías de la región frontal y re-

modelación de las órbitas, osteotomías de la mandíbula, principalmente ángulos, rama horizontal, mentón; rinoplastia; lifting frontal y de cola de cejas, con avance de la línea de implantación del cuero cabelludo.<sup>5,7</sup>

Los **secundarios** incluyen tratamiento de partes blandas y el resto de estructuras más superficiales y varían mucho de acuerdo con cada paciente.

#### Osteotomías de región frontal

El abordaje de la región frontal se realiza a través de una incisión coronal, parcialmente prepilosa, disección del plano subgaleal hasta llegar al límite superior de la región del seno frontal.

A este nivel se incide el periostio, tallando un colgajo de él; esto es muy importante para permitir la futura cobertura y vitalidad de la plaqueta frontal.

Se procede a la disección de toda la región del seno frontal, incluyendo los rebordes orbitarios y visualizando los nervios supraorbitarios para preservarlos y liberarlos (**Figura 2**).

A continuación, se realiza la osteotomía frontoorbitaria, retirando la plaqueta para su remodelación variando en forma y tamaño según cada paciente.

Se efectúa el tallado de la plaqueta (esto es, modificaciones en la forma y espesor), que puede ser seccionada parcialmente tratando de obtener una estructura ósea de relieves y contornos más femeninos. Al mismo tiempo se realiza la remodelación del reborde orbitario y pared lateral de la órbita con osteotomías mínimas y/o fresado de esas estructuras (**Figura 3**).<sup>6,7</sup>

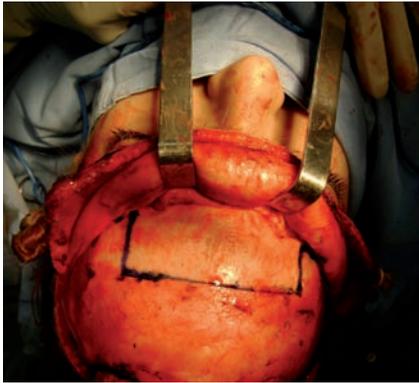


Figura 2.

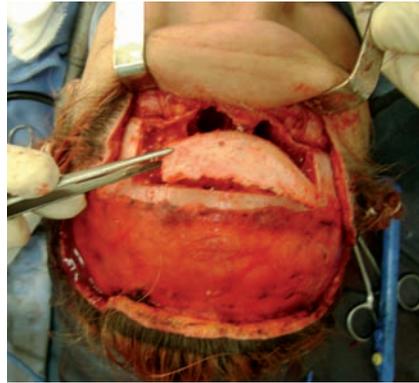


Figura 3.

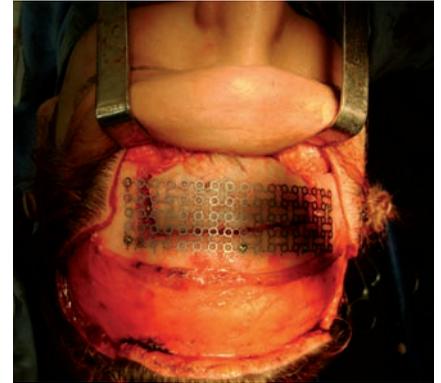


Figura 4.



Figura 5.

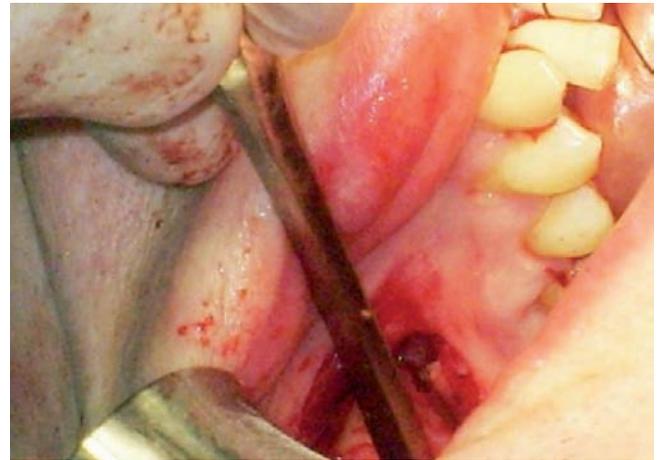


Figura 6..



Figura 7.



Figura 8.

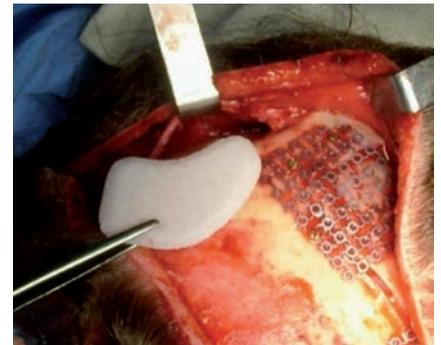


Figura 9.

Luego se recoloca la plaqueta, fijándola con malla y tornillos de titanio, y se cierra el colgajo de periostio (**Figura 4**).

Por último, se realiza un lifting frontal con avance de la línea de implantación del pelo y colgajos para cerrar las “entradas”, feminizando la región frontal y orbitaria. Se coloca un drenaje tubular antes del cierre.

#### Osteotomías de mandíbula

Las osteotomías de mandíbula incluyen tratamiento de ambos ángulos y del mentón.

Se realiza una incisión vestibular inferior, disección de partes blandas hasta llegar al plano óseo en la región del ángulo; a continuación se realiza la osteotomía sagital del ángulo, dependiendo cada paciente, utilizando escoplos, sierras y fresas, con sección parcial del músculo masetero (**Figura 5**). En la región del mentón, el objetivo es doble: acortar la altura del mentón y obtener mayor proyección de éste.<sup>8</sup> Esto se logra, generalmente, con una osteotomía horizontal, reseca la porción más distal, y posicionándolo sobre la porción proximal, aunque se utilizan todos los tipos de osteotomías según cada caso (**Figura 6**). Por último, se cierra las incisiones, dejando drenajes solo en el 10% de los casos.



Caso 1.

Feminización facial completa en dos pacientes a modo de ejemplo. Fotografías del preoperatorio y el posoperatorio. Vistas de frente, oblicuas y laterales.

Caso 2.

### Rinoplastia

La rinoplastia no varía de la técnica habitual realizada en cirugía plástica. Sí se efectúa como último procedimiento para no edematizar más todavía la cara, y le dejamos un yeso y taponaje nasal por 5 días tratando de obstruir la comunicación con el seno frontal las primeras horas.<sup>9</sup>

### Procedimientos secundarios

Como procedimientos secundarios al tratamiento de las estructuras óseas faciales podemos realizar el reposicionamiento de las par-

tes blandas. Realizamos un lifting frontal y cervicofacial por vía pre y retroauricular tratando el SMAS en todos los casos, combinándolo con el reposicionamiento de las cejas y el entrecejo, blefaroplastia, cantopexias, tratamiento de las regiones cigomaticomalar y temporal, liposucción facial, rellenos dermograsos y lifting de labio superior cuando están indicados (**Figuras 7, 8 y 9**).

El resto de los procedimientos, como la liposucción y/o rellenos con diferentes materiales y la plástica de la nuez de Adán, complementan el resultado. Los demás caracteres femeninos se completan con cirugías clásicas como las mastoplastias y las gluteoplastias.

## DISCUSION Y COMENTARIO

A través de los años, diferentes procedimientos fueron descriptos para transformar una cara masculina en femenina.

En la literatura mundial existen infinidad de trabajos científicos dedicados a los diferentes tratamientos para cada una de las inquietudes y demandas que solicitan los pacientes, tanto femeninos como masculinos. No sucede lo mismo cuando se intenta buscar un algoritmo de procedimientos para tratar los pacientes transexuales.

En la actualidad existen diferentes grupos en el mundo dedicados exclusivamente a el tratamiento de estos pacientes. Los de mayor relevancia son los grupos dirigidos por el Dr. Douglas K. Ousterhout DDS, MD en San Francisco, CA, y el Dr. Suporn Watanyusakul en Chonburi, Tailandia.

El tratamiento de las estructuras óseas es un pilar fundamental en la cirugía estética y ya no es sólo utilizado por la cirugía maxilofacial y/o craneofacial. En este aspecto, la mayoría de los trabajos presentados acerca del tratamiento de estos pacientes describen dos etapas. La primera etapa es la remodelación ósea completa; y la segunda etapa, luego de aproximadamente 6 meses o un año, es el tratamiento de las partes blandas.

Nuestro grupo fue uno de los primeros en realizar el tratamiento en forma completa en una sola cirugía, combinando la remodelación ósea con la de partes blandas; se logran resultados muy satisfactorios que permiten evitar una segunda cirugía, obtener el resultado deseado en menor tiempo y disminuir los costos. En contra de lo anterior, se podría señalar la cantidad de horas que requiere el tratamiento completo de una cara, comenzando con la incisión bicoronal y la remodelación ósea frontoorbitaria; luego el lifting frontal, el tratamiento del entrecejo y de las cejas; osteotomías y remodelación ósea de la mandíbula, mentón y ángulos principalmente; rinoplastia y el lifting del labio superior; por último realizar un lifting cervicofacial completo y una blefaroplastia cuando está indicado.

En referencia a la osteotomía frontoorbitaria y el seno frontal, en sólo 3 pacientes decidimos tratarlo con disección de la mucosa del seno y su relleno con hueso de banco, músculo y colgajos de periotio; en el resto de los casos no realizamos el tratamiento del seno obteniendo muy buenos resultados y solamente una infección de la región frontal.

En dos casos utilizamos prótesis para la región temporal a través de la misma incisión bicoronal.

En un caso se realizó una osteotomía sagital de mandíbula y en otro paciente una osteotomía de Le Fort I, por prognatismo y problemas con la oclusión dentaria respectivamente.

Este tipo de pacientes llevan en la mayoría de los casos años de tratamiento hormonal y de exhaustivos controles psicológicos previos a

la cirugía de feminización facial y/o de cambio de sexo, que debe ser correctamente programada.

## CONCLUSIONES

La cirugía de feminización facial es uno de los pilares en el tratamiento de la disforia de género en su mayor expresión, es decir transexualismo.

El estudio antropométrico de ambos géneros nos ha enseñado las diferencias entre la anatomía del hombre y de la mujer.

Trabajando sobre las estructuras óseas, logramos adquirir un contorno facial femenino, para luego y en el mismo acto quirúrgico reposicionar las partes blandas de la cara de acuerdo con la necesidad de cada paciente, conservando la armonía de los relieves y contornos de la cara deseada.

Estamos trabajando en búsqueda de lograr un equilibrio en la utilización de los conceptos y principios de la cirugía craneofacial y la cirugía estética en la necesidad de optimizar los resultados teniendo en cuenta la complejidad desde todo punto de vista que presenta este tipo de pacientes.

El desafío de transformar los rasgos masculinos en femeninos conservando la armonía de los contornos y relieves de una cara creemos que es posible, sin lugar a dudas es el comienzo de una experiencia de solo 2 años y llena de interrogantes de cara al futuro.

## REFERENCIAS

1. Bradley SJ, Zucker KJ. Gender identity disorder: a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997;36:872-80.
2. Becking, AG, Tuinzing, DB. Transgender Feminization of the Facial Skeleton. *Clin Plastic Surg* 34 2007 557-564.
3. Benjamin H. *The transsexual phenomenon*. New York: Julian Press; 1966.
4. Farkas LG. *Anthropometry of the head and face*. NY: Raven Press 1994.
5. Habal MB. Aesthetics of feminizing the male face by craniofacial contouring of the facial bones. *Aesthetic Plast Surg* 1990;14:143.
6. Ousterhout DK. Feminization of the forehead: contour changing to improve female anesthetics. *Plast Reconstr Surg* 1987; 79:701.
7. Spiegel JH. Challenges in care of the transgender patient seeking facial feminization surgery. *Facial Plast Surg Clin North Am*. 2008 May;162:233-8
8. Wolfe, SA. Application of Craniofacial Techniques to the Everyday Practice of Aesthetic Surgery. In F.P. Caronni (Ed.), *Craniofacial Surgery*. Boston: Little, Brown, 1985. P. 507.
9. Noureai SA, Randhawa P, Andrews PJ, Saleh HA. The role of nasal feminization rhinoplasty in male-to-female gender reassignment. *Arch Facial Plast Surg*. 2007 Sep-Oct;95:318-20.

# DOCENCIA, CERTIFICACIÓN Y ACREDITACIÓN EN LA CIRUGÍA PLÁSTICA ARGENTINA

**Fortunato Benaim<sup>1</sup>**

1. Cirujano Maestro.

Conferencia referencial presentada para iniciar la Sesión dedicada a Estado actual de la Formación y Certificación de Especialistas en el País, en la Mesa Redonda sobre el tema.

39° Congreso Argentino de Cirugía Plástica  
Mar del Plata – 25 / 28 de Marzo 2009

En el Programa Científico preparado para el 39° Congreso Argentino de Cirugía Plástica se ha dedicado un espacio especial para tratar el tema de la **Formación y Certificación del Especialista en el País**, decisión que ha contado con el beneplácito de los Miembros de la Sociedad por considerarlo de gran actualidad dada la imperiosa necesidad de analizar en profundidad la calidad de las prestaciones médicas en Cirugía Plástica que se ofrecen en Argentina a los pacientes que las solicitan.

En una popular revista que cuenta con numerosos lectores, apareció recientemente un artículo ilustrado con fotografías de pacientes famosos operados por diversos cirujanos plásticos, destacando que en general los resultados no habían sido los esperados.

La publicación abarcaba 5 páginas, con profusa ilustración, mostrando con dibujos y fotografías lo que el autor del artículo calificaba como los “errores más comunes”, titulado su comunicación: **Cirugías Plásticas – Juicio público al bisturí** y un anuncio en la tapa con la leyenda **Como detectar a los peores. Famosos: Los 20 casos más polémicos – Juicio a los Cirujanos Plásticos**.

En un recuadro especial titulado **Cómo reconocer a un mal cirujano** el articulista enumera 10 conceptos, que a su saber, pueden permitir al paciente identificar a un cirujano no recomendable.

En el artículo se cita el testimonio de 12 cirujanos plásticos que dan su opinión sobre el tema, la mayoría de los cuales no pertenece a la SACPER.

Me he permitido hacer esta introducción al tema, pues publicaciones como la comentada son leídas por miles de personas (la encuesta realizada con la colaboración de un periódico matutino convocó a 25.207 personas que emitieron su voto para determinar cuál de las 20 caras encuestadas se calificaba como la que mostraba el peor resultado quirúrgico, recibiendo la que ocupó el primer lugar, 3.298 votos).

La Cirugía Plástica, como rama definida de la cirugía, debe brindar a los pacientes que requieren intervenciones quirúrgicas inherentes a la especialidad la garantía de calidad que el avance de la Medicina actual puede ofrecer. Por tal razón, el hacer un paréntesis en la actividad diaria y reunirnos en una sesión del Congreso para tratar este tema, me ha parecido muy oportuno.

Agradezco la deferencia de haberme designado para coordinar la se-

sión, estimulando a los distinguidos cirujanos que integran la mesa redonda, a aportar su experiencia y, entre todos, lograr un acuerdo para recomendar a la Sociedad cuáles serían las acciones más efectivas para preservar el prestigio de esta especialidad.

Las 3 palabras **docencia, certificación y acreditación**, que he utilizado para titular mi presentación, son a mi juicio el trípode firme que sustenta la garantía de calidad en las prestaciones médicas en general y por cierto aplicables a la Cirugía Plástica en particular.

**Docencia**, o enseñanza, para lograr la **buena formación** del especialista.

**Certificación** para avalar su idoneidad y el **respeto por la ética profesional**.

**Acreditación** (en lo referente al ambiente o Servicio, donde se realiza el acto médico) para brindar la **seguridad estructural** que el cirujano requiere para realizar su intervención con los **recursos adecuados**.

Como complemento de **calidad en la enseñanza**, la **acreditación de los programas** que cada carrera de posgrado realiza.

Para referirnos a la **formación del especialista en nuestro país** debemos comenzar por analizar como está orientada en Argentina la docencia o enseñanza.

## 1. DOCENCIA – ENSEÑANZA

La palabra **enseñanza** implica transmisión de conocimiento. El diccionario la define como el “sistema y método de una instrucción en cada uno de los grados o ramas de la organización escolar y universitaria”. Así se distinguen las enseñanzas primaria, secundaria y superior.

Dice también el diccionario, que “enseñar” es hacer que alguien aprenda algo.

En nuestro caso, al hablar de docencia o enseñanza, nos referimos específicamente a la enseñanza universitaria de posgrado, es decir, la que se brinda a los aspirantes a ser especialistas en Cirugía Plástica.

Si nos remontamos a las décadas del 40 o 50 (época en la cual no existía aún el reconocimiento de la Cirugía Plástica como especialidad en nuestro país), el cirujano que decidía dedicarse a ella obtenía su formación al lado de los pocos cirujanos plásticos que ya prac-

ticaban la especialidad y que accedían a admitirlo como ayudante o colaborador.

Algunos de ellos dictaban “cursos” por medio de los cuales se brindaba información teórica ilustrada con apropiada iconografía, y se permitía la asistencia para observar las intervenciones quirúrgicas.

En los años 1948 y 1949, el Prof. Carlos Rivas dictó en la Universidad Nacional de La Plata un curso de **Especialización en Cirugía Plástica para graduados** de un año de duración con clases teóricas y observación de operaciones, otorgando a los que concurríamos un Diploma que daba testimonio de haber cumplido satisfactoriamente con las obligaciones requeridas por el curso.

El complemento de esta enseñanza básica solía ser, para los que tenían vocación y medios económicos, lograr realizar alguna pasantía en Servicios de países extranjeros.

Desde aquella época, pasaron muchos años hasta que ya creada la Sociedad, reconocida la especialidad y habilitados varios Servicios de Cirugía Plástica en los hospitales públicos, en el año 1974 el Dr. Héctor Marino, con el auspicio y respaldo de la Universidad del Salvador, inició una nueva era para la Enseñanza de la Cirugía Plástica, al crear la **Carrera de Posgrado** en la Facultad de Medicina de esa Universidad.

Para organizar la nueva carrera, el Dr. Marino invitó a un grupo de cirujanos que ya habíamos adquirido experiencia en áreas específicas de la Cirugía Plástica, a integrar el plantel docente y preparar el Programa de Enseñanza, que se dividió en 6 materias: Cirugía Plástica de los Miembros; Cirugía Plástica de las Quemaduras y sus Secuelas; Cirugía Maxilofacial; Cirugía Plástica Infantil; Cirugía Plástica Oncológica y Cirugía Estética.

Cada materia dio origen a una Cátedra y los docentes a cargo de cada una fueron los Dres. Néstor Maquieira (Miembros); Fortunato Benaim (Quemaduras); Flavio Sturla (Maxilofacial); Oscar Mallo (Infantil); Enrique Gandolfo (Oncológica) y Raúl Fernández Humble (Estética).

Cada uno de nosotros preparó el Programa analítico teórico y propuso las actividades prácticas que permitían los Servicios Hospitalarios en los que actuábamos.

Se organizó la carrera en 3 años, adjudicando a cada materia 4 meses y distribuyendo las materias Miembros y Quemaduras en el primer año, Maxilofacial e Infantil en el segundo, y Oncología y Estética en el tercer año.

Se exigió, como requisito para ingresar, el haber realizado una Residencia completa en Cirugía General o Traumatológica; poseer conocimientos de idioma inglés y someterse a una entrevista en la cual se evaluaban aspectos de su preparación previa, expectativas futuras y condiciones personales.

Así se inició la Docencia Universitaria organizada de posgrado.

Con posterioridad se fueron creando, en otras Universidades, nuevas carreras de posgrado para la enseñanza de la Cirugía Plástica.

En 1990, la UBA habilita una con sede en el Hospital de Clínicas (Dr. Zimman), en el año 1994 autoriza otras dos en los hospitales Mariano Castex de San Martín (Dr. Lanza) e Italiano (Dr. Sarabayrouse), y luego en el Hospital Cosme Argerich (Dr. Guerrisi).

En 1992, la UCA también se incorpora a la enseñanza de la Cirugía

Plástica con su Cátedra de Posgrado a cargo del Dr. Gagliardi y la SACPER ofrece su Carrera Trienal con la dirección actual del Dr. Losardo.

Por lo tanto, en la actualidad se cuenta con 7 Carreras de Posgrado. Los programas de enseñanza de cada una de ellas, también abarcan los temas y materias que propusimos en la USAL desde el año 1974, con algunas variantes propias.

Sería interesante que la SACPER propiciara una reunión con los responsables de cada carrera, para verificar si hay consenso en la inclusión de los temas y su desarrollo en cada una de ellas.

Otro aspecto del tema de la enseñanza es el referido a los **docentes**. Su selección varía según las universidades o entidades no universitarias que también ofrecen cursos de posgrado.

La UBA y algunas universidades privadas exigen a sus profesores el cumplir con un Curso Preparatorio para la Carrera Docente que implica haber presentado y aprobado Tesis de Doctorado, asistir a las clases del Titular, cursar un grupo de materias y dar examen para aprobarlas presentando Monografías, y para ser designado Profesor, presentarse a concurso de oposición.

Otras facultades designan a sus docentes solamente por tener conocimiento de su preparación o por el contenido de su currículum.

Estos dos puntos, **calidad de programas y competencia de los docentes**, son los que deben garantizar la formación del especialista.

Igual temperamento es aconsejable para evaluar las **Residencias** actualmente autorizadas, para conocer su funcionamiento y proceder a la acreditación de los que lo soliciten, junto con ACAP.

Otro requisito para brindar adecuada enseñanza de la especialidad es el de disponer de un **espacio de formación** que permita ofrecer las facilidades edilicias y equipamiento adecuado para cumplir con los programas de enseñanza en el cual el grupo de docentes pueda desarrollar su tarea contando con los recursos necesarios.

En el caso que recordamos, al crear la primera carrera de posgrado, en la Universidad del Salvador, con la dirección del Dr. Marino, cada uno de los que asumimos el compromiso de dictar una materia ofrecimos nuestros Servicios para la realización de las prácticas.

Éste es hoy uno de los problemas no resueltos, pues la enseñanza de una especialidad eminentemente quirúrgica, como es la Cirugía Plástica, exige brindar al futuro especialista la posibilidad de un entrenamiento práctico intenso y esta necesidad no puede ser satisfecha si no se cuenta con Servicios Asistenciales que permitan concretar esa demanda.

Los convenios que algunas universidades han realizado con hospitales públicos o privados tienen el propósito de ofrecer, a los que cursan la carrera, el aprendizaje práctico actuando como ayudantes y luego como cirujanos, pero en la práctica la oferta es muy restringida y por lo tanto la práctica insuficiente.

Éste es tal vez el problema más importante en la actualidad con el que se enfrentan las carreras de posgrado, particularmente aquellas que admiten un cupo numeroso de postulantes a los que puede dar una buena enseñanza teórica pero escasa posibilidad de prácticas.

Otro punto importante a considerar, es el del **número de egresados por año**.

En una reciente encuesta propiciada por la Sociedad, como consulta a sus miembros, una de las preguntas que integraba el cuestiona-

rio estaba referida a indagar el número de especialistas en Cirugía Plástica que se consideraba deben formarse por año en todo el país. La mayoría de las respuestas sugirieron como número máximo entre 20 y 30.

Este tema tiene directa vinculación con los cupos que cada Carrera ofrece a los aspirantes.

La Carrera de la USAL se inició con 4 vacantes por año, asignando 2 de ellas a cada una de las Materias, que se cursan en el año, de modo que cada Cátedra, en cada cuatrimestre, recibe 2 rotantes a los que puede brindar oportunidad de realizar prácticas.

Posteriormente el número se aumentó a 6 y en vista de la creciente demanda se autorizó hasta 8 por año. Algunas carreras admiten números mayores, y éste es otro tema que la SACPER con los directores de Carrera debieran estudiar para determinar cuál debe ser el número máximo de admisión anual.

Para conocer el número actual de Cirujanos Plásticos en el país, sugiero imitar el trabajo que acaba de realizar la Sociedad Argentina de Dermatología, mediante un Convenio con el Instituto de Investigaciones Epidemiológicas de la Academia Nacional de Medicina, para “conocer el perfil de los médicos especialistas en Dermatología con residencia en el país y analizar las características estructurales y educacionales de los programas de formación para médicos dermatólogos en el país”.

Pongo a disposición de la SACPER el documento mencionado, que permite valorar la calidad del trabajo realizado y sugiero se intente concretar un estudio similar para disponer de información válida que ilustre sobre la realidad actualizada de la Cirugía Plástica en nuestro país.

Conocido el número actual de cirujanos, y estimando cuál sería la cantidad necesaria para satisfacer la demanda, podrá calcularse con mayor certeza cuál deberá ser un apropiado grupo de egresados por año.

## 2. CERTIFICACIÓN PROFESIONAL

### Conceptos generales

Uno de los factores fundamentales para ofrecer “calidad asistencial” es el contar con “recurso humano” calificado, actualizado en sus conocimientos y que actúe respetando los principios éticos y morales que rigen el ejercicio de la profesión médica.

El lograr el cumplimiento de tales requisitos es el objetivo de la **Certificación Profesional**.

Es importante que al hablar de Certificación Profesional se deje aclarado cual es el verdadero concepto actual de esa calificación, ya que con alguna frecuencia se confunde el significado de esa palabra con otras denominaciones equivalentes que pasamos a enumerar.

El **Título de Médico**, lo otorgan las Facultades de Medicina de las universidades al egresado que ha cumplido con todas las obligaciones docentes y aprobado los exámenes correspondientes.

El **Diploma** que se le entrega es el testimonio legal que indica que ha adquirido los conocimientos necesarios para ejercer la profesión y tiene duración ilimitada.

Para iniciar legalmente el ejercicio profesional, el diplomado debe obtener la **Matrícula Profesional** gestionándola ante el Ministerio

de Salud o las entidades que el Ministerio autorice legalmente (Colegios de Ley) en su jurisdicción (Matrícula Nacional o Provincial) o Secretarías de Salud Provinciales.

El **Título de Especialista** es también extendido por las universidades, y no es precedero. Indica que el profesional ha cumplido con las obligaciones docentes y aprobado los exámenes correspondientes de la carrera de posgrado elegida, pero **no da fe de la calidad** de prestación que puede ofrecer.

El **Ministerio de Salud de la Nación**, de acuerdo con reglamentaciones vigentes, “autoriza” al profesional a anunciarse como especialista en la medida que cumpla satisfactoriamente con los requisitos que en tal concepto exige.

Los **Colegios Médicos de Ley** están facultados a expedir documentos (a los que han denominado Títulos de Especialización) a aquellos profesionales que aprueben las pruebas evaluatorias que cada uno ha reglamentado.

Las **Sociedades Científicas** que dictan Cursos o Carreras para la formación de Especialistas, también entregan documentos (Diploma – Certificado) que son testimonios de haber cursado satisfactoriamente las pruebas de competencia que cada una exige.

Todos los documentos mencionados indican que el profesional que los obtiene está preparado para ejercer la medicina general o la especialidad según los casos, autorizado a ejercerla cuando tiene la matrícula y también a “anunciarse” como tal si cumple con los requisitos que exige el Ministerio; pero ninguno de ellos pretende dar respaldo a la “calidad” de la prestación que va a brindar a los pacientes a los que asista.

El actual concepto de **Certificación** tiene por objeto ofrecer esa garantía y por lo tanto la Certificación de los Profesionales Médicos tiende a asegurar la **calidad de las prestaciones asistenciales** que efectúen los que tienen este reconocimiento. Por cierto que esta **Certificación** se **agrega** al Título o Diploma, como testimonio de idoneidad; es **posterior** al otorgamiento del título y debe ser renovable por períodos establecidos y aceptados.

Con tal propósito, las Sociedades Científicas contrajeron el compromiso de evaluar la competencia de sus miembros, mediante pruebas confiables, que cada Sociedad ha adoptado de acuerdo con sus propios criterios.

El **Consejo de Certificación de Profesionales Médicos** se creó en el año 1991, a propuesta del Dr. Carlos Gianantonio y con el auspicio de la Academia Nacional de Medicina, para **coordinar el proceso evaluatorio** que cada Sociedad realiza.

Para responder a sus objetivos, el Consejo ha organizado, desde su creación hasta la fecha, una serie de reuniones (Talleres, Simposios, Conferencias) en las cuales se presentaron y discutieron diversos aspectos del proceso de certificación.

En un documento titulado **Declaración de Principios, Políticas y Estrategias** se sintetizan las acciones realizadas por el Consejo y se estipulan con claridad, en el Anexo V, los **requisitos** recomendables para otorgar la **certificación** a los profesionales que la soliciten, aclarando que este proceso debe ser **voluntario** y que la certificación será otorgada por sus **pares**.

Dado que el acto propiamente dicho de la certificación lo realizan las Sociedades Científicas, y con el propósito de uniformar los cri-

terios de evaluación, el Consejo invitó a las Sociedades Científicas a realizar **convenios** con el Consejo, mediante los cuales se comprometían a respetar el cumplimiento de los requisitos enunciados en el Anexo V de su Declaración de Principios, Políticas y Estrategias.

**Cuarenta y cuatro Sociedades Científicas** mantienen en la actualidad convenios con el Consejo de Certificación de Profesionales Médicos. La SACPER, hasta el presente, no lo ha formalizado.

Con fecha 10 de julio de 2001, se incorporó también al grupo de entidades certificadoras que tienen convenio con el Consejo, el **Colegio Médico de Salta**, aceptando cumplir con los preceptos enunciados por el Consejo.

En el período 1992-julio 2008, se han certificado con el aval del Consejo 13.732 profesionales en 42 diferentes especialidades médicas y 81 subespecialidades.

El concepto de **recertificación**, que recomienda la evaluación periódica (en lapsos variables entre 3 y 5 años, según lo establecido por cada Sociedad) ha sido reemplazado en la actualidad por el de **mantenimiento de la certificación**, iniciado por el Consejo de Certificación de Profesionales Médicos en el año 2002.

Este concepto “se basa en la comprobación de que el especialista certificado ha continuado comprometido con la Educación Médica continua, con el objeto de asegurar en forma permanente la actualización médica durante toda su vida profesional”, tal como lo expresa el Anexo V bis de la Declaración de Principios, Política y Estrategias del Consejo de Certificación de Profesionales Médicos.

Ese mismo Anexo agrega: “El mantenimiento de la certificación es un proceso progresista, dinámico, diferente de la recertificación”. El mantenimiento de la certificación busca insertar al profesional en un sistema de aprendizaje continuo, con **evaluación periódica permanente** de la actividad realizada, y con una acreditación de los resultados obtenidos, demostrando que se mantiene vigente la certificación ya alcanzada, todo a lo largo del desarrollo del ejercicio clínico de la profesión con la **evaluación de pares y enfermos**.

El **Anexo V bis** especifica puntualmente las 5 condiciones que deben estar presentes en el profesional aspirante y en las instituciones que acepten los programas de mantenimiento de la certificación. Ellas son:

1. Demostración de estabilidad en la profesión y el ejercicio de la especialidad.
2. Participación en Programas de Educación Médica Continua.
3. Demostración de experiencia profesional a través de la práctica médica realizada.
4. Poseer manejo clínico y buena comunicación con el paciente.
5. Evaluación periódica de la práctica médica por parte de los pares y pacientes.

Por cierto que la ejecución de este programa de mantenimiento de la certificación al igual que el proceso de la certificación, es responsabilidad de las Sociedades Científicas que mantienen convenios con el Consejo.

En el año 2007, se otorgó el mantenimiento de la certificación a 155 profesionales. Esta cifra descendió el año 2008 a 79. Estos guarismos indican la necesidad de redoblar esfuerzos para lograr mayor difusión de estos conceptos y crear conciencia entre los profesionales de la importancia de mantener vigente su certificación.

En el año 2007, se ha operado un cambio importante en el mecanismo de certificación y mantenimiento de la certificación, que se acordó con la Asociación Argentina de Cirugía mediante un agregado al Convenio original, por el cual el Consejo de Certificación de Profesionales Médicos **avala el procedimiento de Certificación que realiza la Sociedad** en lugar de otorgar el aval a cada profesional certificado que voluntariamente lo solicite.

A partir de la firma del nuevo Convenio, concretado ese año, el Consejo de Certificación de Profesionales Médicos respalda en su **totalidad** a los profesionales certificados por la Asociación Argentina de Cirugía, sin necesidad de que cada uno lo solicite individualmente.

De esta manera, el documento que se entrega a cada profesional médico certificado lleva la firma de los responsables directos de la Certificación (Sociedad Científica) y el aval del Consejo de Certificación de Profesionales Médicos. La entrega se realiza anualmente en acto público con la participación conjunta de las dos entidades: Asociación Argentina de Cirugía y Consejo de Certificación de Profesionales Médicos.

En el momento actual, el Consejo está tratando (con las otras Sociedades con las que tiene convenio) de concretar igual criterio, de modo tal, que todos los **profesionales** que sean **certificados** por las Sociedades cumpliendo con los requisitos del Anexo V automáticamente **obtendrán el aval del Consejo**.

Es conveniente recordar que el **título de especialista** lo otorgan las universidades y tiene vigencia permanente. La certificación y el mantenimiento son procesos **posteriores** a la obtención del título y realizados por las Sociedades Científicas con el aval del Consejo de Certificación de Profesionales Médicos.

Como puede advertirse por lo expuesto, es necesario distinguir el significado del **Título de Especialista** (otorgado por las Universidades) de los certificados y las autorizaciones para anunciarse como especialista (expedidas por el Ministerio y los Colegios Médicos) de los **Certificados** que suscriben las Sociedades Científicas con el aval del Consejo de Certificación de Profesionales Médicos.

Es objetivo importante del Consejo de Certificación de Profesionales Médicos el de contribuir a lograr que **todas las entidades certificadoras** se rijan por iguales normas y que adopten un **método uniforme de evaluación** que pueda aplicarse en todo el país. En tal sentido, la Sociedad Argentina de Pediatría ha logrado tales propósitos, mediante convenios suscriptos con las otras Instituciones que participan en el proceso de la certificación, trabajando en conjunto y colaboración recíproca. Cabe mencionar también que la Sociedad Argentina de Cardiología y la Federación Argentina de Gastroenterología, trabajan con igual orientación.

Por su parte, la Asociación Médica Argentina, desarrolla también un Programa de Recertificación a profesionales certificados por otras Sociedades (CRAMA).

Recientemente se han iniciado reuniones conjuntas entre representantes de la Asociación Médica Argentina y del Consejo de Certificación de Profesionales Médicos con el propósito de emprender acciones tendientes a reemplazar el concepto de recertificación por el de mantenimiento de la certificación.

Este grupo de trabajo tendrá a su cargo establecer las pautas ade-

cuadas para la coordinación de este proceso, acordando con las Sociedades Científicas que certifican, la mejor manera de cumplir con los requisitos mencionados anteriormente (Anexo 5 bis del Documento "Declaración de Principios, Políticas y Estrategias" del CCPM).

Cabe destacar que la Comisión Nacional Salud Investiga del Ministerio de Salud de la Nación ha publicado un volumen sobre **La certificación de profesionales médicos en la Argentina**, en el que se presenta un estudio colaborativo multicéntrico, coordinado por el Dr. Jorge Mera y realizado con el apoyo del Instituto Torcuato Di Tella y el Centro de Investigación en Servicios de Salud (CISSAL), en el cual pueden consultarse datos sobre el rol del Consejo de Certificación de Profesionales Médicos, Colegios Médicos, Asociación Médica Argentina, Sociedad Argentina de Pediatría, Sociedad Argentina de Cardiología, Ministerio de Salud de la Nación, Universidades, Pcia. de Entre Ríos, y Consejo de Médicos de la Pcia. de La Rioja, en el proceso de certificación y la labor cumplida por cada una de las Instituciones mencionadas.

El Consejo de Certificación de Profesionales Médicos está empeñado en lograr que las entidades certificantes con las que aún no ha formalizado convenios se unan a esta verdadera **campaña** tendiente a **garantizar la calidad** de la prestación médica, y a trabajar en conjunto para unificar los criterios básicos mínimos exigibles para que la **Certificación** sea realmente testimonio de idoneidad profesional y respeto a la ética.

### 3. ACREDITACIÓN

Según el diccionario de la Real Academia, **acreditar** (que proviene del latín *creditum*, que significa creer) implica "probar la certeza o realidad de algo o alguien".

La **acreditación** está dirigida a verificar el cumplimiento de los requisitos que cada tipo de actividad debe cumplir para tener ese reconocimiento.

En nuestro tema de la Cirugía Plástica, las Carreras de Posgrado son acreditadas por la CONEAU, organismo oficial que ha tomado a su cargo dicha tarea.

Los **programas de residencia**, los acredita la ACAP (Asociación Civil para la Acreditación y Evaluación de Programas de Educación Médica de Posgrado en la República Argentina) a las entidades que voluntariamente lo soliciten.

Los **establecimientos hospitalarios** son acreditados por el ITAE, institución privada y siempre a petición espontánea de los interesados.

Queda pendiente de decisión cuál debe ser el organismo que acredite los **Servicios**, que en nuestro caso corresponden a los **espacios de**

**formación**, eslabón de significativa importancia en el proceso que debe cumplirse para ofrecer auténtica garantía de calidad en la formación del especialista.

Algunas Sociedades Científicas (la Asociación Argentina de Cirugía, por ejemplo) han tomado a su cargo esta tarea, fijando en primer término las **normas, requisitos** o también llamados **estándares** que debe cumplir el Servicio para ser acreditado en la respectiva especialidad.

Estimo que ésta es otra asignatura que debe incorporar la SACPER a sus actividades, fijando los estándares que debe cumplir cada Servicio de acuerdo con su complejidad para ser **acreditado**, es decir, considerado apto para cumplir con la actividad asistencial y docente y tomar a su cargo la **acreditación**, creando un comité o comisión especial para cumplir con esa tarea.

Como orientación, puede consultarse las pautas elaboradas por cualquiera de los organismos citados (CONEAU, ACAP, ITAE) adaptándolos a las circunstancias que la especialidad requiere.

### COMENTARIO FINAL

Del análisis efectuado para conocer el estado actual de la formación y certificación del especialista en Cirugía Plástica en el país, surgen las recomendaciones siguientes:

1. Profundizar el estudio para conocer, con documentación válida, el número de cirujanos plásticos existentes en la actualidad y su distribución en todo el país. Este trabajo puede realizarse en conjunto con el Instituto de Investigaciones Epidemiológicas de la Academia Nacional de Medicina.
2. Crear en el seno de la SACPER una Comisión Docente con los directores de Carreras y otros miembros interesados en la enseñanza, para reunir información sobre el contenido de los programas que cada carrera de posgrado utiliza para la enseñanza de la Cirugía Plástica y fijar requisitos para la inscripción y cupo de admisión.
3. Preparar los requisitos que deben reunir los espacios de formación para ser acreditados por la SACPER en todo el país.
4. Realizar un convenio con el Consejo de Certificación de Profesionales Médicos para regularizar el proceso de **certificación** de acuerdo con sus requerimientos, y entregar el certificado avalado por el CCPM y adoptar las recomendaciones del CCPM para el mantenimiento de la certificación.

La supervisión de la enseñanza y la certificación avalada y acreditación de los Servicios deberán ser los pilares para sustentar la buena formación de especialistas y ofrecer la mejor calidad en sus prestaciones.



## 39º CONGRESO ARGENTINO DE CIRUGÍA PLÁSTICA

Del 25 al 28 de marzo de 2009 se desarrolló, en la ciudad de Mar del Plata, el 39º Congreso Argentino de Cirugía Plástica, con la organización de su presidente, Dr. Claudio Ghilardi, y su vicepresidente, Dr. Eduardo Aubone. Se programó bajo la modalidad de Mesas Redondas, Mesas de Controversias, Temas Centrales y aportes a éstos, Temas Libres y Póster.

Los temas centrales fueron Rinoplastias, Contorno corporal, Cirugía posbariátrica, Envejecimiento facial, Cirugía maxilofacial, Cirugía de la sexualidad, Quemados.

Se realizaron diez cursos dictados por especialistas nacionales con la participación de invitados extranjeros. Los temas fueron Cirugía en el cáncer de mama, Procedimientos mínimamente invasivos, Mastoplastias de aumento, Mastopectias, Avances en abdominoplastias, Liposucción, Contorno glúteo, Auriculoplastia, Capacitación en láser, Técnica endoscópica en lifting facial, Rinoplastia, Cirugía posbariátrica.

Los relatos oficiales fueron **Cirugía reconstructiva de la pared torácica**, a cargo del Dr. Daniel Absi, y **Rinoplastia**, por el Dr. Alfredo Santiago.

Fue muy interesante la mesa redonda donde se discutió el estado actual de la formación y certificación de especialistas en el país en Cirugía Plástica, arribándose a variadas conclusiones.

El Centro de referencia y contrarreferencia para el tratamiento de fisuras labio-alvéolo-palatinas tuvo una mesa redonda donde se expusieron trabajos sobre problema.

También los Capítulos de Cirugía de miembros, mano y microcirugía, Cirugía estética, Cirugía maxilofacial, Quemados y Cirugía infantil tuvieron su participación por medio de mesas redondas.

Se presentaron diecisiete trabajos para acceder a Miembro Titular de la Sociedad Argentina de Cirugía Plástica, Estética y Reparadora (SACPER) y doce profesionales optaron por hacerlo con la modalidad de examen.

Se presentaron tres trabajos a Premio Senior. El premio fue compartido entre dos trabajos: **Diez años de evolución en mastoplastias de aumento: Consideraciones técnicas sobre observaciones anatómicas**, por los Dres. Omar Ventura, Rubén Rosati, Vicente Mitidieri, Héctor Marino y Jorge Buquet, y **Reconstrucción auricular en la microtia con expansores de piel**, por la Dra. Cristina Rijavec. Recibió mención el trabajo **Feminización facial completa: remodelación ósea y de partes blandas faciales**, del Dr. Marcelo Di Maggio.

El Premio de Investigación fue para el trabajo **La importancia del músculo liso aerolar en el cierre de la incisión periareolar**, por los Dres. Guillermo Vázquez y Ernesto Moretti.

Se realizaron tres workshop.

Se presentaron treinta trabajos Póster y los ganadores fueron los Dres. S. L. Viguié, M. Navarro, V. Solimano y V. H. Bertone, del Hospital de Quemados de la Ciudad de Buenos Aires, por **Reparación de la mano en garra posquemadura**. Las menciones fueron para **Condiloma acuminado gigante**, de los Dres. O. Zimman, L. Figueroa, V. Solimano y M. Ballestrini, y para **Solución de rinostoma con doble colgajo regional**, de los Dres. E. Arigós, S. Goñi, Romero, Gama, Kiss y Rossi.

Dieron su aporte científico los invitados extranjeros:

Brasil: Dres. Ricardo Baroudi, Ronaldo Pontes, Carlos Uebel, José Tariki, Enzo Rivera Citarella, Raúl González, Roberto Correa Chem, Jalma Jurado, Lydia Masako Ferreira y Alan Landecker.

Chile: Dr. Rodrigo Fariña.

Ecuador: Dr. Rómulo Guerrero.

España: Dres. Javier de Benito y Fernando Urdiales.

Francia: Dra. Françoise Firmin.

Italia: Dres. Paolo Persichetti y Flavio Saccomanno.

México: Dr. Fernando Ortiz Monasterio.

Bélgica: Dr. Koenraad van Landuyt.

Uruguay: Dr. Enrique Pera Erro.

Perú: Dr. Jorge Enrique Hidalgo.

Alemania: Dr. Dimitri Panfilov.

EE.UU.: Dres. Al S. Aly y Oscar Ramirez.

Estos invitados trajeron con sus conferencias importantes aportes a los temas que se desarrollaron en el Congreso.



*Se efectuaron reuniones de expresidentes, de residentes y de filiales de la SACPER.*

*El día viernes 27 se llevó a cabo la Asamblea de la SACPER. En ella se aprobó por unanimidad la memoria anual y el balance que venció el 31 de diciembre de 2008. Se votó por mayoría la Comisión Directiva por el período abril 2009-abril 2010. Se votó la presidencia y sede del 40° Congreso Argentino de Cirugía Plástica, con el Dr. Juan Carlos Seiler como presidente y la ciudad de Buenos Aires (Hotel Sheraton) como sede. Se aprobó como sede la ciudad de Iguazú, provincia de Misiones para el 41° Congreso y al Dr. Gómez Vara como su presidente. Se presentó la lista de autoridades para el período abril 2010-abril 2011.*

*El Congreso contó con tres eventos sociales.*

*Desde esta página, felicitamos a los organizadores y a todos sus colaboradores por el arduo trabajo llevado a cabo, lo que dio como resultado un exitoso Congreso.*

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



# NOTICIAS SACPER

## Estimado colega:

Queremos comunicarle que por disposición N° 11 del 19 de marzo de 2009, Expediente N° 2002-252/09-5, la Sociedad Argentina de Cirugía Plástica, Estética y Reparadora ha sido incorporada al Registro Unico de Entidades Evaluadoras de Residencias del Equipo de Salud.

## 40° CONGRESO ARGENTINO DE CIRUGÍA PLÁSTICA - 2010

**40° CONGRESO ARGENTINO de CIRUGÍA PLÁSTICA**

13 al 16 de Mayo 2010

Sheraton Buenos Aires Hotel & Convention Center

**COMITE ORGANIZADOR**  
 Presidente: Dr. Juan Carlos Bellar  
 Vicepresidente: Dr. Rubén Cayula Rosati  
 Secretario General: Dr. José Francisco Hueti  
 Secretario Adjunto: Dr. Eduardo Torricelli Torres  
 Tesorero: Dr. Sergio María Korzo

**COMITE CIENTIFICO**  
 Presidente: Dr. Abel Chajcher  
 Secretario: Dr. Oscar Darío Ventura

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

**INVITADOS EXTRANJEROS CONFIRMADOS**  
 Baker Daniel (U.S.A.) - Nahel Food (U.S.A.) - Kilmey Brian (U.S.A.)  
 Khouri Roger (U.S.A.) - Knize David (USA) - Knutti Daniel (SUZIA)

Información e inscripción: [congreso@sacper.org.ar](mailto:congreso@sacper.org.ar)  
 Tel: (011) 4811-1633 / 4814-0634  
 Tel: (011) 4811-1632 / 4814-0632

comercialización: [comercializacion@sacper.org.ar](mailto:comercializacion@sacper.org.ar)  
 Tel: (011) 4811-1633 / 4814-0634  
 Tel: (011) 4811-1632 / 4814-0632

Gentileza *A. E. Lombardi* S.A. **SILMED**

Del 13 al 16 de mayo de 2010  
 Sheraton Buenos Aires Hotel & Convention Center  
 Ciudad Autónoma de Buenos Aires  
<http://www.sacper.org.ar>  
 E-mail : [congreso@sacper.org.ar](mailto:congreso@sacper.org.ar)

## CURSO ANUAL 2009 Actualización en Cirugía Plástica 2009

Del 26 de mayo al 24 de noviembre, a las 21 horas.  
 Asociación Médica Argentina.  
 Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

**Presidente:** Dr. Carlos Perroni  
**Director:** Dr. Rubén Rosati  
**Secretario:** Dr. José Soria, Dr. Alejandro Paglia

*Informes:* SACPER

*Inscripciones:* AMA, a partir del 15 de mayo.

Miembros SACPER	sin cargo
Miembros filiales	\$ 450
Residentes	\$ 300
No miembros	\$ 750

## Cronograma

- **Martes 26 de mayo**  
Tema: **Rejuvenecimiento facial. Tratamiento de cola de ceja.**
- **Viernes 26 de junio**  
Tema: **Reconstrucción mamaria.**
- **Martes 8 de julio**  
Tema: **Injerto graso. Actualización.**
- **Martes 11 de agosto**  
Tema: **Conceptos del contorno corporal.**
- **Martes 25 de agosto**  
Tema: **Reducción mamaria.**
- **Martes 8 de septiembre**  
Tema: **Traumatismo facial.**
- **Martes 22 de septiembre**  
Tema: **Enfoque reconstructivo en la cirugía oncológica facial.**
- **Martes 13 de octubre**  
Tema: **Cirugía de la mano. Emergencias.**
- **Martes 27 de octubre**  
Tema: **Colgajos.**
- **Martes 10 de noviembre**  
Tema: **Correcciones estéticas de la región glútea.**
- **Martes 24 de noviembre**  
Tema: **Entendiendo la rinoplastia.**

Las inscripciones se realizan en la AMA.  
 Av. Santa Fe 1171 Tel.: 4811-1633 / 4814-0634  
 Consultar por las formas de pago.

## CURSO SUPERIOR DE ESPECIALIZACIÓN EN CIRUGÍA PLÁSTICA (TRIENAL) – SACPER Y AMA

**Director:** Dr. Ricardo J. Losardo

*Inicio de cursada:* el 1° de julio de cada año.

*Selección de postulantes:* 23 y 25 de junio de 2009.

(Antecedentes profesionales, examen escrito y entrevista personal)

## Currícula actual

- **Plan de estudio**  
El plan curricular adapta la enseñanza a las necesidades actuales

del egresado. Durante el 1° y 2° año, el alumno cursa las 6 asignaturas de la carrera (de manera cuatrimestral) y en el 3° año elige una de esas 6 asignaturas, aquella que despierte en él mayor vocación e interés, para realizarla en forma anual.

- **Materias**

Cirugía plástica de las quemaduras y sus secuelas.

Cirugía plástica de tronco y miembros.

Cirugía plástica oncológica

Cirugía plástica infantil

Cirugía máxilo-facial

Cirugía estética.

1. *Clases teóricas*, en la Asociación Médica Argentina: martes de 21 a 23 hs y viernes de 17 a 19 hs.

2. *Clases prácticas* (rotaciones hospitalarias): en horarios matutinos (de 8 a 12 hs).

- **Cátedra Cirugía plástica de las quemaduras y sus secuelas:** Hospital Municipal de Quemados (Hospital Cátedra).

Hospital Alemán (Anexo 1).

Fundación del Quemado "Benaim" (Anexo 2).

- **Cátedra Cirugía plástica de extremidades y tronco:** Instituto de Rehabilitación Psicofísica (Hospital Cátedra).

**Cátedra Cirugía plástica oncológica:**

Hospital Municipal de Oncología "Marie Curie" (Hospital Cátedra).

Sanatorio Mitre (Anexo 1).

- **Cátedra Cirugía plástica infantil:**

Hospital de Niños "Ricardo Gutiérrez" (Hospital Cátedra).

**Cátedra Cirugía maxilofacial:**

Hospital Nacional de Pediatría "Juan Garrahan" (Hospital Cátedra).

Hospital Británico de Buenos Aires (Anexo 1).

Sanatorio Mitre (Anexo 2).

- Hospital Interzonal General de Agudos "Evita", de Lanús (ex Aráoz Alfaro) (Anexo 3).

- **Cátedra Cirugía estética:**

Hospital General de Agudos "Juan Fernández" (Hospital Cátedra).

Hospital General de Agudos "Enrique Tornú" (Anexo 1).

Clínica del Golf (Anexo 2).

**Viernes 12 - 14 h.** Evaluación de currículums de postulantes (SACPER).

**Martes 16 - 19 h.** Presentación de casos clínicos quirúrgicos (AMA) (alumnos de 2° año).

**Martes 23 - 14 hs.** Examen final (alumnos de 3° año) 1° fecha (SACPER).

**Martes 23 - 15 h.** Examen escrito de postulantes (SACPER).

**Martes 23 - 19 h.** Presentación de casos clínicos quirúrgicos (AMA) (Alumnos de 1° año).

**Jueves 25 - 14 h.** Entrevista de postulantes (SACPER).

**Martes 16 - 14 h.** Examen parcial cuatrimestral (alumnos 1° y 2° año) (SACPER).

**Martes 30 - 14 h.** Examen final (alumnos de 3° año) / 2° fecha (SACPER).

Julio

**Miércoles 1°.** Inicio de cursada.

Octubre

**Martes 13 - 19 h.** Presentación casos clínico-quirúrgicos (AMA) (alumnos de 2° año).

**Lunes 19 - 19 h.** Presentación casos clínico-quirúrgicos (AMA) (alumnos de 1° año).

**Jueves 29 - 14 h.** Examen parcial cuatrimestral (alumnos 1° y 2° año) (SACPER)

---

## 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

---

## CURSO SUPERIOR DE ESPECIALIZACIÓN EN CIRUGÍA PLÁSTICA - ACTIVIDADES 2009

Marzo

**Martes 3 -19 h.** Presentación casos clínicos quirúrgicos (AMA).

**Viernes 6 -14 h.** Examen parcial cuatrimestral (alumnos 1° y 2° año) (SACPER).

Junio

**Lunes 1 a jueves 11.** Recepción de inscripciones de postulantes (SACPER).



## NOTICIAS REGIONALES

---

### SOCIEDAD DE CIRUGÍA PLÁSTICA DE BUENOS AIRES

Mayo 19 - 21 h - AMA

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

Presidente SCPBA: Dr. Francisco Famá

Presidente SACPER: Dr. Carlos Perroni

#### Temas:

- Complicación Hemorrágica Post-Modelado Aspirativo.  
Dr. Jorge Canestri
- Complicación tardía post-liposucción – protocolo preventivo.  
Dr. Federico Deschamps

Junio 16 - 21 h - AMA

#### Reunión Conjunta con la Carrera de Cirugía Plástica y Reconstructiva de la Universidad del Salvador (USAL)

Director de la Carrera: Jorge Herrera

Julio 21 - 21 h - AMA

#### Rinoplastias. Dr. Alan Landecker (Brasil)

Agosto 18 - 21 h - AMA

#### Células Madre. Dr. Julio Barba (Mexico)

Coordinador: Dr. Abel Chajchir

Septiembre 15 - 21 h - AMA

#### Sesión Trabajos Cirujanos Plásticos Junior + Sesión de Trabajos a Premio

Octubre 9 - hora y lugar a designar

#### Reunión Conjunta SACPER, SCPBA y FILACP

Dr. Rómulo Guerrero

Noviembre 3 - 21 h - AMA

#### Sesión Homenaje al Ex Presidente Dr. Paulino Morales

Noviembre 17 - 21 h - AMA

#### Sesión de Trabajos de Miembros Titulares

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

---

### 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 (Presidente 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

**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:** Optativo. 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.

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

**Distraacción osteogénica**

**Malformaciones vasculares (hemangiomas)**

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

**Cirugía del rejuvenecimiento facial - Sus complicaciones**

Prof. Dr. Julio Cianflone (UCA).

29-30 de may 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 Figari

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**