

REVISTA ARGENTINA DE

# Cirugía Plástica

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



ASOCIACIÓN MÉDICA ARGENTINA



1810 - 2010 año del  
BICENTENARIO

---

VOLUMEN XVI | NÚMERO 2 | AÑO 2010



## COMISIÓN DIRECTIVA SACPER

Período abril 2010-2011

### Presidente

Dr. Carlos A. Reilly

### Vicepresidente

Dra. Martha Mogliani

### Secretario General

Dr. Juan José Marra

### Prosecretario

Dr. Omar Darío Ventura

### Tesorero

Dr. Justo La Torre Vizcarra

### Protesorero

Dr. Gustavo E. Prezzavento

### Secretario de Actas

Dr. Alberto J. Abulafia

### Director de Publicaciones

Dr. Alfredo A. De Maussion

### Subdirector de Publicaciones

Dr. Luis I. Odriozola

### Vocales Titulares

Dr. Gustavo A. Ronchi  
Dr. Alejandro H. Gutiérrez  
Dr. Néstor M. Vincent  
Dr. Enrique O. Ravone

### Vocales Suplentes

Dr. Eduardo E. Marchioni  
Dra. Noemí E. Cardozo  
Dr. Santiago Goñi  
Dr. Walter R. Giustozzi

### Presidente anterior

Dr. Carlos A. Perroni

## CAPÍTULOS, COMISIONES Y COMITÉS

Año 2010

### Capítulos

#### *Cirugía Estética*

Dr. Carlos Pestalardo

#### *Quemados*

Dr. Gustavo Prezzavento

#### *Cirugía Maxilofacial*

Dr. Carlos Masedo

#### *Cirugía Infantil*

Dr. Rubén Aufgang

#### *Miembros, Mano y*

#### *Microcirugía*

Dra. Cristina Rijavec

#### *Mamas*

Dr. Omar Ventura

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

#### *Director:*

Dr. Luis Heredia

#### *Directores Adjuntos:*

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. Pedro Dogliotti

### Comité de Ética

*Coord.:* Dr. F. Benaim

Dr. Guillermo Flaherty

Dr. Rodolfo Ramón Rojas

Dr. Jorge Buquet

Dr. Luis Inchaurrega

### Comisión Informática

*Coord.:* Dr. Alfredo De Maussion  
(Director de Publicaciones)

### Respuesta de e-mails

Dr. Eduardo Marchioni

### 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 Inter- nacionales de la SACPER

*Coord.:* Dr. Abel Chajchir

Dr. Omar Ventura (FILACP)

Dr. Enrique Gagliardi (IPRAS)

Dr. Carlos Reilly (Cono Sur)

Dr. Jorge Buquet (Cono Sur)

Dr. Juan Carlos Seiler (ISAPS)

### 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. Juan José Marra

### 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. Justo Latorre Vizcarra  
(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*

Dra. Martha Mogliani

*Secretario General SACPER*

Dr. Juan José Marra

*Prosecretario General SACPER*

Dr. Omar Ventura

### Comisión Asesora de Congresos

Dr. Juan Carlos Seiler

Dr. Ricardo Yohena

Dr. Rodolfo Ferrer

Dr. Carlos Rodríguez Peyloubet

Dr. Pedro Dogliotti

Dr. Enrique Gagliardi

### Comisión de Defensa del Ejercicio Profesional

Dr. Francisco Olivero Vila

Dra. Noemí Cardozo

Dr. Fernando Tuccillo

### Comisión de Prensa y Difusión

Dr. Walter Servi

Dr. Fabián Cortiñas

Dr. Francisco Famá

### Videoteca

Dr. Fernando Tuccillo

### Relaciones con Filiales

Dr. Gustavo Prezzavento

Dr. Luis Odriozola

### Parlamentario

Dr. Alfredo De Maussion

## COMITÉ DE REDACCIÓN

### Director

Dr. Carlos Reilly

### Editora

Dra. Martha O. Mogliani

### Co-Editor

Dr. Silvano Plazzotta

### Secretario de Redacción

Dr. Alfredo De Maussion

### Presidente Comité de Redacción

Dr. Fortunato Benaim (Cirujano Maestro)

### Comité de Redacción

Dr. Ulises De Santis (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

Año 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. Guillermo Vázquez

**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

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

· **Sociedad de Cirugía Plástica del NOA**

Presidente: Dr. Javier Vera Cucchiari

· **Sociedad de Cirugía Plástica de Tucumán**

Pje. Martínez Suviría 3481 (4000) Tucumán

Presidente: Dr. Roberto Serrano

**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: scirplasticalapla@hotmail.com

Presidente: Dr. Daniel Mosquera

**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. Omar Pellicione

**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. Hugo Sánchez Bouzón

**3) Región Mar del Plata** (Ciudad 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

**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: Dra. Iris Hebe Blanco

**9) Región Patagónica** (Provincias de Neuquén, Río Negro, Chubut, Santa Cruz y Tierra del Fuego) (En formación)

REGISTRO PROPIEDAD INTELECTUAL

Expediente N° 687144.

Inscripta en el Boletín de OPS/OMS.

ISSN: 0327-6945

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

---

|  |    |
|--|----|
| Editorial  | 52 |
| Tratamiento del dorso nasal por vía submucosa<br><i>José Héctor Soria, Claudio Gustavo Conde, Humberto Cachay Velásquez, Ricardo Jorge Losardo</i> | 53 |
| Tratamiento nasal primario en la fisura naso labio alvéolo palatina bilateral<br><i>Mirta Moreno</i>   | 59 |
| Implantes glúteos - Técnica intramuscular. Nuestra experiencia<br><i>Mario Lódolo, Martín Osimani, Sabrina Spinazzola</i>                          | 64 |
| Historias Regionales   | 70 |
| Noticias SACPER  | 79 |
| Noticias Regionales  | 81 |



## EDITORIAL

---

*En este año y en este mes en que se cumplen 200 años del primer grito de libertad de nuestra Patria, cuando se plantó la primera semilla en nuestro país que nos llevaría a consolidarnos como Nación, también se cumplen cincuenta y ocho años de la creación de nuestra SACPER.*

*En todo ese tiempo, mediante la gestión de todas sus Comisiones Directivas, se fue generando la formación de nuevos especialistas a través de sus congresos, Curso Trienal, sesiones científicas, etc., los que le dan su perfil moderno y académico.*

*Estos días me llevan a reflexionar y mirar retrospectivamente los aciertos y errores, idas y venidas en las coyunturas (muchas veces dramáticas) que marcaron la capacidad de gestión que han demostrado los integrantes de todas las Comisiones Directivas que la rigieron, siempre sobre la base, tanto de los parámetros de responsabilidad, servicio, respeto por acuerdos, normativas, como del cumplimiento de la misión de unir a todos sus miembros a través de las Regionales a las que pertenecen, para así permitir y garantizar la continuidad, con éxito, de nuestra Sociedad.*

*Es a través de las Regionales que integran la SACPER la forma de producir los conocimientos y herramientas que consolidarán científica y técnicamente a los jóvenes cirujanos plásticos que van a integrarla.*

*Las Comisiones Directivas venideras afrontarán grandes desafíos de administración y gestión, y deberán adoptar una estrategia integracionista, flexible (no complaciente) ante los cambios que viven las generaciones jóvenes. Las diferencias generacionales deben ser contempladas. Hay que tener en cuenta que desde el momento de la fundación de la SACPER se ha incrementado el número de cirujanos plásticos, por vocación, a veces por oportunismo, y que si bien la nuestra se considera una especialidad rentable, ya no es así, especialmente para los jóvenes, a quienes perjudica y mucho la banalización de la especialidad en los medios, el arancelamiento de la estética en algunas prepagas, a las que sólo pueden “pertenecer” algunos profesionales. Todo esto les trae descontento, en especial con la SACPER, y dicen no sentirse representados, que nada se hace sobre estos temas.*

*Pero yo me pregunto: ¿Qué es lo que nosotros todos, jóvenes, intermedios y mayores hacemos por nuestra Sociedad además de pagar una cuota? ¿Qué proyectos, ideas, acercamos a la Comisión Directiva? ¿Cuál es nuestro cumplimiento al dedicar “nuestro valioso tiempo” para concurrir a las Sesiones Científicas, integrar comisiones directivas desde el más humilde lugar, cumplir y concurrir? Es hacer la experiencia administrativa para poder, en un determinado tiempo, adquirir el conocimiento que permita regir los destinos de la SACPER, siempre tendiente al equilibrio para mantener la armonía entre los Miembros y Regionales que la integran.*

*El hecho de que la SACPER tenga personería jurídica no la habilita para hacer tratados, ni imponer nada a entidades privadas, ni sociales, ni gubernamentales. Dado que es una Sociedad científica, sólo puede hacer tratados con entidades también científicas. Por ello, se deberían seguir otros canales, a través de comisiones que tendrían que trabajar para obtener otro tipo de personería, que en el largo plazo pueda darle a la SACPER herramientas de control y negociación. Desde este medio se invita a todos los Miembros que se sientan comprometidos a participar aportando nuevas ideas, para que la SACPER siga creciendo científicamente y también puedan abrirse nuevos caminos para la protección y defensa de nuestros asociados.*

*Les dejo algunas consideraciones:*

*“Antes de partir en busca de tus derechos, debes examinar hasta dónde cumpliste con tus deberes.”*

*“El mundo se compone de los que dan y de los que reciben; estos últimos comen mejor, pero los primeros duermen mejor.”*

*“Establece puentes y desarrolla el lado positivo de tu mente. Siempre existe una nueva manera de encontrar el camino de la realización.”*

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

# TRATAMIENTO DEL DORSO NASAL POR VÍA SUBMUCOSA

José Héctor Soria<sup>1</sup>, Claudio Gustavo Conde<sup>1</sup>, Humberto Cachay Velásquez<sup>1</sup>, Ricardo Jorge Losardo<sup>1</sup>

1. Servicio de Cirugía Plástica del Hospital de Oncología "María Curie". CABA, Rep. Argentina.

Correspondencia: Dr. José Héctor Soria, Santander 1371 PB "4". (1406) CABA, Rep. Argentina | jscp@infovia.com.ar

## RESUMEN

Para acceder al dorso nasal, los autores utilizan, como vía de abordaje submucosa o extramucosa, la incisión transcartilaginosa alar, que permite diseccionar más extensamente el área y conservar la integridad de la anatomía y la fisiología endonasal. Remarcan la importancia de mantener ilesas las válvulas vestibulares y la mucosa nasal, con el objeto de preservar su funcionalidad.

**Palabras claves:** rinoplastia, rinoplastia extramucosa, rinoplastia submucosa.

## SUMMARY

For resection of the osteocartilaginous hump, the authors use the transcartilaginous incision by submucous approach. It safeguards the anatomical integrity and preserves the physiologic mechanism of the nasal ventilation. They emphasize about importance to keep harmless the vestibule valve and mucous membrane.

**Key words:** rhinoplasty, intramucosal rhinoplasty, submucosal rhinoplasty.

## INTRODUCCIÓN

La nariz es una compleja estructura formada por diferentes tejidos dispuestos de tal manera que puedan cumplir funciones específicas.

Para que la función respiratoria sea óptima, es imprescindible que esas estructuras estén anatómicas y funcionalmente sanas.

Hay dos aspectos importantes a tener en cuenta: la capacidad eréctil de la mucosa nasal y las válvulas vestibulares.

Con el propósito de conservar estos dos elementos indemnes, recomendamos, durante la ejecución de la rinoplastia estética, el abordaje al dorso nasal por la vía submucosa, a partir de una incisión intra-cartilaginosa alar.

En la revisión bibliográfica hemos encontrado que los términos *submucosa*, *extramucosa* e *intramucosa*, que se refieren a la misma vía de abordaje, son empleados de manera indistinta. Tal circunstancia puede producir cierta confusión e indica la falta de uniformidad en la denominación de esta técnica, debido, tal vez, a los usos y costumbres de determinados países y/o idiomas.

En el diccionario de terminología médica en el idioma español, el término *submucosa/o*, habitualmente, se refiere a lo que se encuentra por debajo de la mucosa. En la obra no se halla mencionado el término *extramucosa/o*.

Pero el uso del término *extramucoso* para hacer referencia a lo que está fuera de la mucosa conlleva un concepto similar al del término *submucoso*, y ello convierte a ambos en sinónimos.

## RECUERDO HISTÓRICO

En el año 1934, en Austria, Eitner describió por primera vez la vía extramucosa en la rinoplastia, con la finalidad de alejar la

sibilidad de contaminación endonasal (recuérdese que esos años corresponden a la época pre-antibiótica). Le siguieron las publicaciones de Fomon en 1939 y 1951; de Cottle en 1954; y de Anderson y Rubin en 1958.<sup>1,2</sup>

En la década del 70, la técnica extramucosa se popularizó a partir de las publicaciones de Robin, de Pollett y Baudelot, de Jost y de Cottle.<sup>3-8</sup>

Abrimos un paréntesis para destacar que Jorge Herrera fue el cirujano que le dio amplia difusión a esta técnica en la Argentina.

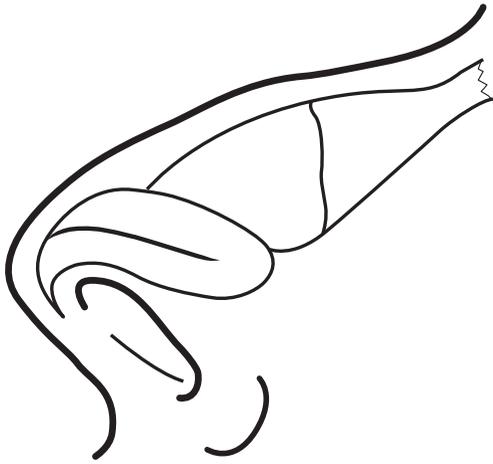
Los mencionados autores limitaban su disección a la mucosa que cubre a los cartílagos triangulares y del tabique, y a los huesos propios.

En la misma década, en nuestro país, C. Rodríguez Jáuregui publicó (1977) su rinoplastia extramucosa, denominada también técnica del "cucurucho", que realizaba a través de una incisión alar marginal.<sup>9,10</sup>

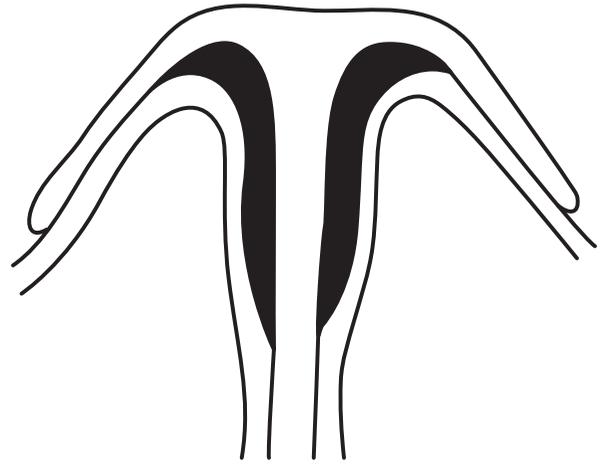
Posteriormente, otro argentino, Enzo Longo, publicó su técnica submucosa subperióstica (1985); con esta técnica se accede al dorso nasal a través de una incisión en el espacio intercartilaginoso, luego de diseccionar la piel interna del cartílago alar a través de una incisión marginal, y se realiza el tratamiento de la punta nasal (resección de la porción cefálica del cartílago alar) en forma retrógrada.<sup>11</sup>

## Innovación a la técnica

Uno de nosotros presentó en esa misma época, en el año 1986, una innovación a la técnica extramucosa, como aporte a este tema y que ofrecía alguna ventaja adicional.<sup>12</sup>



Esquema 1. Incisión transcartilaginosa alar.



Esquema 2. Túnel submucoso.

Con el propósito de conservar ilesa la válvula vestibular y de mantener íntegro el forro nasal mucoso (*tunica mucosa*), esta innovación propone iniciar el despegamiento de la cubierta mucosa a partir de una incisión sobre el cartílago alar (*cartilago alaris major*), lo más cerca de su borde inferior, donde el tejido es histológicamente intermedio entre la mucosa y la piel.

## RECUERDO ANATÓMICO Y FISIOLÓGICO NASAL

Debemos esforzarnos en respetar la indemnidad del área valvular. Este sector anatómico reconoce los siguientes límites:

- El límite interno es el tabique (*cartilago septi nasi*).
- El límite externo está dado por el borde caudal del cartílago triangular (*processus lateralis*) y el tejido fibroso de la pared nasal lateral.
- Su límite anterior es el introito de la fosa nasal (*nares*).
- Su límite posterior es la cabeza del cornete inferior (*concha nasalis inferior*).

Con la expresión *válvula nasal*, se designa a la apertura comprendida entre el borde inferior del cartílago triangular y el tabique cartilaginoso (*pars cartilaginea septum nasi*), coincidiendo con el denominado *ostium interno* de Zuckerkandl.<sup>13</sup>

Su componente estático o inmóvil es el tabique y sus elementos dinámicos o móviles son: la mucosa eréctil del tabique y del cornete inferior; y las partes blandas (los músculos) de la pared nasal lateral. Desde el punto de vista funcional, existen dos regiones valvulares: la interna y la externa.

La *válvula nasal externa* está compuesta por el cartílago alar, la columela y el piso del introito nasal. Es una estructura dinámica que puede ser alterada por traumatismo, por cirugía o por parálisis de Bell (por parálisis del *M. dilator naris*).

La *válvula nasal interna* (válvula nasal propiamente dicha) es la apertura formada por el borde inferior del cartílago triangular y el tabique. Es la zona más estrecha de la "corredera" del flujo aéreo y la más importante reguladora del flujo aéreo en la raza caucásica. Su

apertura óptima es de entre 10° y 15°; y abarca una superficie de entre 55 y 60 mm<sup>2</sup>. Cuando el ángulo es menor, disminuye el flujo; si es mayor, el flujo se incrementa.<sup>14</sup> Vale recordar que la superficie total de la mucosa respiratoria abarca 158 cm<sup>2</sup>.<sup>15</sup>

Las características de la columna aérea que circula por las fosas nasales dependen principalmente de la forma y de la calidad de sus paredes y aberturas.

La resistencia creada por la disposición de las estructuras anatómicas en el área valvular modifica no solamente la cantidad y la presión del aire, sino también su dirección. En este nivel, el flujo aéreo pasa de laminar a turbulento, lo cual favorece el íntimo contacto entre el aire y la mucosa y permitiendo la humectación, el calentamiento y la filtración del aire inspirado.<sup>16</sup>

El flujo aéreo llega primero a la válvula nasal externa que está regulada por el músculo dilatador propio del ala de la nariz (*M. dilator naris*). A este nivel se produce la primera resistencia al aire inspirado (el 30% aproximadamente).

La segunda resistencia la ofrece la válvula nasal interna, que es de alrededor del 50% del total en las **leptorrinias** (nariz caucasoide), mientras que en las **platirrinias** (nariz negroide), con una abertura angular mayor, la resistencia al flujo aéreo por el efecto valvular es menor.<sup>16,17</sup>

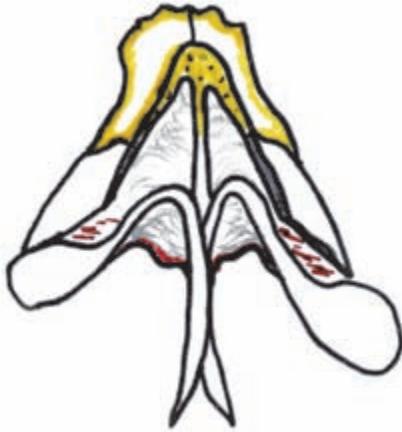
Las regiones más afectadas por el déficit o insuficiencia ventilatoria nasal son: el área orificial anterior con un 55% y el área orificial media con un 15% del total. El 60% de esa insuficiencia tiene su origen en causas mecánicas y el 40% restante obedece a razones funcionales.

## TÉCNICA QUIRÚRGICA

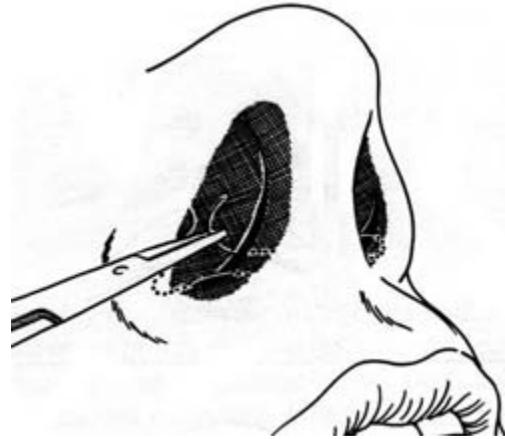
Empleamos de elección la anestesia local con lidocaína al 0,6%, con el agregado de adrenalina. Se infiltra la zona a decolar para facilitar la maniobra.

Incidimos la piel endonasal sobre el cartílago alar a 2 mm por arriba de su borde inferior, sin cortarlo. Completamos el primer paso con la incisión transfixiante intersepto-columelar clásica (**Esquema 1**).

Individualizamos el espacio subpericondrial del cartílago alar (**Foto 1**) y por ese plano ascendemos hasta la raíz nasal; en la disección se incluye el plano subpericóndrico del cartílago triangular y el plano subperióstico del tabique óseo y de los huesos propios.



**Esquema 3.** Resección del dorso ósteo-cartilaginoso respetando la integridad de la mucosa.



**Esquema 4.** Representación gráfica de la sutura endonasal.



**Foto 1.** Disección submucosa de la porción cefálica del cartílago alar.



**Foto 2.** Resección del dorso ósteo-cartilaginoso en bloque.

Como resultado de la disección, quedan expuestas las caras internas de los cartílagos alares y triangulares, la cara posterior del hueso propio y parte del tabique ósteo-cartilaginoso.

De tal manera, se crea un túnel entre el septo y estas estructuras laterales (**Esquema 2**).<sup>12</sup>

La disección a realizar lateralmente dependerá del tamaño de la giba que debemos resecar.

Una vez completados los túneles de ambos lados, atravesamos el cartílago alar en el mismo lugar de la incisión y se desnuda la cara anterior del esqueleto ósteo-cartilaginoso. Primero, con tijera, disecamos los cartílagos (porción cefálica de los alares y los triangulares); y después, con legra de Joseph, elevamos el periostio de los huesos propios hasta la glabella.

Cuando el esqueleto ósteo-cartilaginoso está descubierto en sus dos caras, hacemos la remoción en bloque de la giba. Para ello empleamos primero una tijera recta y luego utilizamos preferentemente un escoplo, o bien una sierra (**Esquema 3 y Foto 2**).<sup>18,19</sup>

Cuando la giba es pequeña, se puede recurrir al uso de una raspa.<sup>20</sup> Los restantes pasos de la rinoplastia se realizan según la técnica elegida por el cirujano.

Se sutura la piel incidida del introito nasal con algunos puntos de cada lado (**Foto 3 y Esquema 4**). Se puede prescindir del taponaje endonasal.<sup>21</sup> Se mantiene la férula de yeso por el término de diez días.

En los casos indicados, con la finalidad de evitar una de las causas del *supratip* (originado por fibrosis secundaria a un "espacio muerto" residual), colocamos una plancha de silicona o de poliuretano en el dorso nasal, por encima de la punta (**Foto 4**).

## DISCUSIÓN

Es muy importante que además de lograr una hermosa nariz, ésta sea funcionalmente suficiente. Para ello es conveniente preservar ileas las válvulas vestibulares y la totalidad de la mucosa nasal. Con esa finalidad, las incisiones deben ser ubicadas en una posición más caudal, lo más alejada posible del área valvular, y la resección cartilaginosa debe ser moderada. Por lo tanto, los defensores de esta técnica indicamos la vía submucosa para el tratamiento del dorso nasal. Coincidimos con J. L. Robin acerca de las siguientes ventajas, a obtener con la rinoplastia extra-mucosa:



Foto 3. Sutura endonasal.



Foto 4. Plancha de poliuretano por encima de la punta para prevenir *supratip*.

Foto 5. Preoperatorio de frente. Paciente de 25 años con discreta giba osteo-cartilaginosa que no requiere tratamiento específico de la punta.

Foto 6. Posoperatorio de frente. Seguimiento a los 12 meses.

Foto 7. Preoperatorio de perfil derecho.

Foto 8. Posoperatorio de perfil derecho.

Foto 9. Preoperatorio de perfil izquierdo.

- Menor sangrado.
- Menor edema.
- Menor fibrosis cicatrizal.
- Mayor precisión en la resección de la giba.
- Disminución del riesgo de *supratip*.
- Fácil acceso para plástica del tabique.
- Fácil acceso para retirar cartilago septal para injerto.
- Facilita, eventualmente, una rinoplastia secundaria.

J. M. Converse afirma que esta técnica elimina el riesgo de estenosis de la fosa nasal causada por una retracción cicatrizal a la altura de la válvula nasal interna y se “*preserva la integridad de dichas válvulas, evitando la resección excesiva de cartílagos y mucosa nasales*”<sup>22</sup>

Al no existir contacto directo entre el armazón nasal y las fosas nasales, se crea un espacio aséptico entre ambos que permite incluir, en mejores condiciones, injertos o material aloplástico, con menor riesgo de infecciones.

Esas técnicas, sin embargo, limitan la disección de la mucosa, en sus 2/3 superiores, solamente a la que cubre a los cartílagos (triangulares y cuadrangular) y a la que reviste los huesos propios.

Por ello, hacemos hincapié en un detalle de técnica, propuesto por nosotros. Se trata de emplazar la incisión algo más abajo, sobre el cartilago alar, desde donde iniciamos la disección subpericóndrica primero y subperióstica después, con el objetivo de mantener la integridad del forro dérmato-mucoso en toda su extensión y conservar ilesas en su totalidad las válvulas vestibulares.<sup>12</sup>

La creación de este colgajo dérmato-mucoso-valvular presenta las siguientes ventajas:

- Conserva la piel, la mucosa y la válvula nasal de ambos vestíbulos; ello mantiene la integridad de la cobertura y funciones que estas estructuras poseen en la arquitectura normal de las fosas nasales y evita las sinequias posoperatorias y los “pinzamientos” nasales.
- Permite una visualización de los cartílagos alares (*cartilago alaris mayor*), de tal forma que pueden hacerse resecciones de éstos para modelar la punta nasal con mucha seguridad, ya que se realiza a “cielo abierto”.

Foto 10. Posoperatorio de perfil izquierdo.

- Al cerrar este colgajo con puntos separados, el área vestibular queda restituida totalmente.<sup>11</sup>

Los *pacientes seleccionados* para esta técnica son aquellos que necesitan la extirpación del dorso nasal y no requieren corrección alguna en la arquitectura del cartilago alar; si la requiriesen, es conveniente emplear una vía de abordaje distinta (**Fotos 5, 6, 7, 8, 9 y 10**).<sup>18,19</sup> Se infiere que los *pacientes excluidos* para esta incisión son los que necesitan tratamiento de la punta nasal, que se realiza por otra vía de abordaje; por ejemplo, las técnicas que emplean la incisión intercartilaginosa y/o la incisión alar marginal (*rim incision*), o la incisión columelar externa (**Rethi**).

## CONCLUSIONES

La capacidad eréctil de la mucosa nasal y las válvulas vestibulares participan activamente en la mecánica respiratoria nasal.

La vía submucosa, a través de la incisión transcartilaginosa alar, permite el acceso al dorso nasal, lo cual asegura mayor superficie de mucosa sin lesionar y ofrece la posibilidad de mantener ilesas las válvulas vestibulares y las propiedades fisiológicas de la mucosa nasal.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Anderson J and Rubin W: “Retrograde intramucosal hump removal in rhinoplasty”. A.M.A. Arch Otol Sep 1958 60:346.
2. Cottle M H: “Nasal roof repair and hump removal”. A.M.A. Arch Otol 1954 60:408-14
3. Robin JL: “Reduction extra-muqueuse contrôlée de l’arete nasale”. *Proceedings of the ninth Internac Cong of Otolaryng. Excerpta Medica Intern* 1969 206:711.
4. Robin JL: “Reduction extra-muqueuse contrôlée avec mesure préopératoire de la modification du profil”. *Ann Chir Plast* 1973 18:119.
5. Robin JL: *Extramucosal method in rhinoplasty*”. *Aesthet Plast Surg* 1979 3:171-78.



6. Robin JL: "Advantages and limits of the extramucosal method in rhinoplasty". *Seventh Intern Cong of Plast and Reconst Surg. Rio de Janeiro, Brasil 1979.*
7. Pollet J et Baudelot S: "La rhinoplastie extramuqueuse, ses indications". *Ann Chir Plast 1970 15:61.*
8. Jost G: "Mode de suture au cours des rhinoplasties suivant la technique extramuqueuse". *Ann Chir Plast 1973 18:271.*
9. Rodríguez Jáuregui C y Viñas J M: "Rinoplastia extramucosa. Técnica del currucho". *III Cong Arg Cir Estet, Buenos Aires 1975.*
10. Rodríguez Jáuregui C: "Rinoplastia: Técnica extramucosa". *Cirug Estet 1977 2:16.*
11. Longo EA, Brain E y Trevellini R: "Técnica de rinoplastia submucosa subperióstica". *Rev O.R.L. Abril 1985 19(10):19-27.*
12. Soria JH, Cachay Velásquez H, Pintos J y Romero R: "Rinoplastia estética funcional". *XIX Cong Arg Otorrinolaringol, Buenos Aires 1986.*
13. Cottle MH: "The structure and function of the nasal vestibule". *A.M.A. Arch Otol 1955 62:173-181.*
14. Rosales AC y Grimaldi H: "Rinodebitomanometría. Test de dilatación alar". *Rev FASO 2006 13(2):56-59.*
15. Goode RL: "Evaluation of nasal function". In Cummings CW, Fredrickson JM, Harker LA, Krause CJ and Schuller DE: "Otolaryngology-Head and Neck Surgery. The C V Mosby Company, St. Louis, 1986 vol 1 pag 547-54.
16. Courtiss EH, Gargan TJ and Courtiss GB: "Nasal physiology". *Ann Plast Surg Sept 1984 13 (3):214-23.*
17. Bridger GP: Physiology of the nasal valve. *Arch Otolaryng Dec 1970 92:543-53.*
18. Cachay Velásquez H; Guevara J y Pinto Postigo R: "Rinoplastia por incisión transcartilaginosa marginal de los cartílagos alares". *Pren Med Arg 1973 60:951.*
19. Cachay Velásquez H: "La incisión marginal transcartilaginosa en la estética nasal". *Cirug Estet 1976 1:21.*
20. Rodríguez J R: "Rinoplastia extramucosa". *Rev Arg Cirug Plast 1996 2(4):276-9.*
21. Camirand A; Doucet J and Harris J: Nose surgery (rhinoplasty) without external immobilization and without internal packing: A review of 812 cases. *Aesth Plast Surg 1998 22:245-52*
22. Converse JM: "Corrective rhinoplasty". In Converse JM: "Reconstructive Plastic Surgery". WB Saunders Company, Philadelphia, 1977 vol. 2 pag. 1101-2.

# TRATAMIENTO NASAL PRIMARIO EN LA FISURA NASO LABIO ALVÉOLO PALATINA BILATERAL

**Mirta Moreno<sup>1</sup>**

1. Hospital de Niños "Ricardo Gutiérrez". CABA, Rep. Argentina.

Correspondencia: Dra. Mirta Moreno, Servicio de Cirugía Plástica, Hospital de Niños "Ricardo Gutiérrez" | [morenomirta@ciudad.com.ar](mailto:morenomirta@ciudad.com.ar)

## RESUMEN

La alteración anatómica de la nariz en la fisura naso labio alvéolo palatina bilateral está dada por la malposición de los cartílagos alares dentro de la punta nasal, éstos están separados a nivel de la cruz adoptando una posición aplanada y desplegada con una columela deshabitada y sin proyección. El objetivo de la corrección nasal primaria es evitar la secuela posoperatoria utilizando para esto una técnica de reposicionamiento cartilaginosa que permite la elongación y proyección columelar.

## INTRODUCCIÓN

La deformidad característica de la nariz en la fisura labio naso alvéolo palatina bilateral es el aplanamiento nasal con columela corta. Esto no es más que la traducción en las partes blandas de la malposición anatómica de los cartílagos alares desplegados y aplanados que dejan la columela deshabitada y sin proyección, produciendo esta forma nasal típica en la fisura bilateral (**Foto 1**).

Por definición, la columela es la porción de la nariz que va desde la raíz hasta el comienzo de la punta nasal, tiene una longitud promedio en nuestra población de 1 a 2 mm en el recién nacido, entre 4 a 6 mm en la primera infancia y alcanza una longitud que no supera los 10 mm en el adolescente (se realizaron 100 mediciones en pacientes de 0 años a 20 años de edad sin patología en el área facial) (**Foto 2**). Basado en el concepto de Sheen que dice que la columela debe tener la longitud necesaria para dar proyección a la punta y tomando el principio de reubicación y suspensión cartilaginosa como propo-

ne Tajima en su técnica para la elevación del cartílago alar en la nariz unilateral secundaria, se realiza, conjuntamente con la queiloplastia primaria, un procedimiento nasal que combina la suspensión de ambos alares y la unión de éstos en la línea media, logrando así la elongación columelar.

Por lo tanto, la reubicación anatómica primaria de los cartílagos dentro de la columela permite que ésta se proyecte y continúe su crecimiento. Los cartílagos alares están suspendidos a una estructura cartilaginosa normal que son los cartílagos triangulares, por lo cual el crecimiento se verificará en forma conjunta ya que ambas son estructuras similares.

## MATERIAL Y MÉTODO

Se presentan 6 casos con fisura naso labio alveolo palatina bilateral, 3 pacientes de sexo femenino (3 completos) y 3 pacientes de sexo masculino (2 completos, 1 incompleto), con un seguimiento posoperatorio de entre 2 meses y 3 años.



Foto 1. Aplanamiento alar bilateral y columela corta.

Foto 2. Longitud columelar normal.

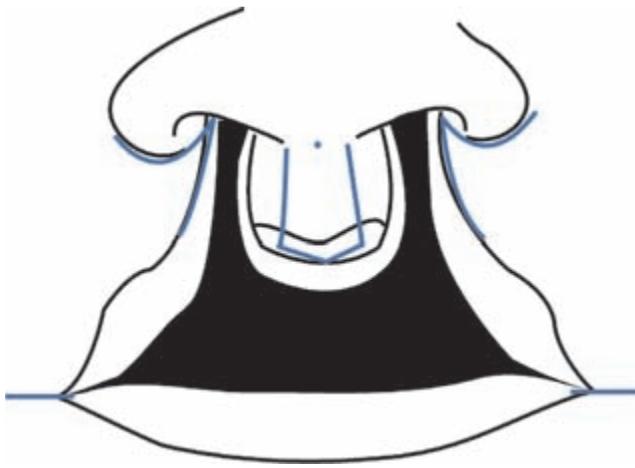


Foto 3. Esquema de marcación Veau Millard modificada.



Foto 4. Marcación perialar bilateral.



Foto 5. Disección de dorso y cartílago alar.



Foto 6. Pasaje de hilo a través del cartílago.

En todos los casos se realizó el cierre del labio con técnica recta de Veau Millard modificada, reduciendo el filtrum a 2 mm en el borde superior y a 4 mm en el borde inferior con incisión en V en la porción distal incluido el bermellón (**Foto 3**).

En la queiloplastia se realiza cincha músculo orbicular y cierre de mucosa yugal con colgajos interdigitalizados para crear surco gingival con profundidad adecuada y favorecer así el movimiento labial y la colocación de la placa odontológica. Una vez finalizada la reconstrucción labial, se marcan dos incisiones marginales en el borde narinario y por una de ellas se divulsiona ampliamente el dorso nasal y se disecan ambos cartílagos alares (**Fotos 4 y 5**).

Se coloca un punto de nylon a través del triangular derecho, otro punto a través del triangular izquierdo y uno en cada uno de los cartílagos alares, utilizando la maniobra de Tajima (entrando por la mucosa, atravesando todos los planos y saliendo por encima del cartílago). Además, se pasa un punto de alar a

alar con aguja recta para mantener mayor unión en la línea media (**Fotos 6, 7 y 8**).

Una vez pasados todos los puntos, suturamos cada uno de los triangulares al cartílago alar contralateral, con lo que se logra elevar los cartílagos alares y evitar el aplanamiento, y unimos ambos alares entre sí a nivel de la cruz medialis para dar soporte a la columela, que así se elonga inicialmente cerca de 2 mm (**Fotos 9, 10 y 11**).

## CASOS CLÍNICOS

(**Fotos 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22 y 23**)

## DISCUSIÓN

Los pacientes incluidos en esta serie tienen un seguimiento de 2 meses a 3 años. Se puede observar que la columela mantiene su



Foto 7. Hilos pasados a través de cartílagos alares y triangulares.

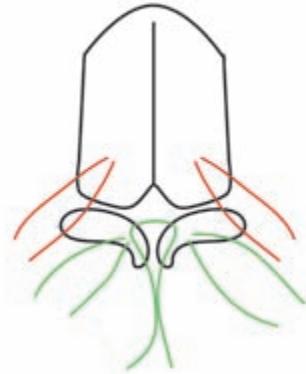


Foto 8. Hilos de nylon que atraviesan la estructura cartilaginosa.

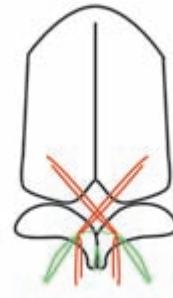


Foto 9. Suspensión cartilaginosa.

Foto 10.

proyección sin aplanamiento de la punta nasal, lo que nos permite afirmar que el cartílago crece dentro del tejido blando columelar, evitando la deformidad característica de los primeros años de la infancia.

La ventaja de este procedimiento radica en que las estructuras que se unen son exclusivamente cartilaginosas, por lo que tienen el mismo patrón de crecimiento y esto permite un desarrollo nasal armónico y simétrico.

Si una vez completado el desarrollo nasal la proyección no fuera suficiente, se podrá utilizar un colgajo en VY que permite elongar la columela y proyectar la punta con una cicatriz mínima, sin necesidad de utilizar técnicas (Cronin, *fork flap*) que agregan cicatrices visibles y extensas y requieren la colocación de un vástago para mantener la proyección. La rinoplastia primaria minimiza la secuela característica de los pacientes fisurados y de ese modo se evitan los problemas psicológicos que las deformaciones faciales causan en el niño y en el adolescente.

Foto 11. Posoperatorio inmediato.



**Foto 12.** Preoperatorio, vista frente.

**Foto 13.** Preoperatorio, vista de abajo.

**Foto 14.** Preoperatorio, vista perfil.

**Foto 15.** Posoperatorio, vista frente.

**Foto 16.** Posoperatorio, vista de abajo.

**Foto 17.** Posoperatorio, vista perfil.

**Foto 18.** Preoperatorio, vista frente.

**Foto 19.** Preoperatorio, vista de abajo.

**Foto 20.** Preoperatorio, vista perfil.

Foto 21. Posoperatorio, vista frente.

Foto 22. Posoperatorio, vista de abajo.

Foto 23. Posoperatorio, vista perfil.

## BIBLIOGRAFÍA

- Cutting Court, Grayson Barry. *The Prolabial Unwinding Flap Method for One -Stage Repair of Bilateral Cleft Lip, Nose and Alveolus.* PRS Vol 91:37.1993
- McComb, Harold. *Primary Repair of the bilateral Cleft lip Nose: A 15 years Review and New Treatment Plan.* PRS Vol 86: 882.1990
- Fisher DM, Mann, R.J. *A Model for the Cleft Lip Nasal Deformity.* PRS 101:1448.1996
- Tajima Sadao, Maruyama Masaru. *Reverse U Incision for Secondary Repair of Cleft Lip Nose.* PRS 60:256.1977
- Kernahan Desmond, Bauer Bruce, Harris Gerald. *Experience with the Tajima Procedure in Primary and secondary Repair in unilateral Cleft Lip Nasal Deformity.* PRS 66: 46.1980
- Cutting Court et al. *Presurgical Columellar Elongation and Primary Retrograde Nasal Reconstruction in One -Stage Bilateral Cleft Lip and nose Repair.* PRS 101:630.1998
- Sheen Jack. *Aesthetic Rinoplasty.* The C V Mosby Company. 1978
- Hurwitz, Dennis et al. *Computer-Assisted Anthropometric for Outcome Assessment of Cleft Lip.* PRS 103: 1608 1998
- Morvic Gloria, Cutting Court. *Combining the Cutting and Mulliken Methods for primary Repair of the Bilateral Cleft Lip Nose.* PRS 116:1613.2005
- Mulliken. JB *Primary repair of Bilateral cleft Lip and Nasal Deformity.* PRS 108:181 2001



# IMPLANTES GLÚTEOS - TÉCNICA INTRAMUSCULAR NUESTRA EXPERIENCIA.

**Mario Lódolo<sup>1</sup>, Martín Osiman<sup>2</sup>, Sabrina Spinazzola<sup>3</sup>**

1. Especialista en Cirugía Plástica, Estética y Reparadora, Miembro Titular SCPBA. 2. Especialista en Cirugía Plástica, Estética y Reparadora. 3. Instrumentadora quirúrgica

Correspondencia: Dr. Mario Lódolo, info@doctorlodolo.com, www.doctorlodolo.com, Pacheco de Melo 1827 1º CF, Tel: 5411 4802-7680

## RESUMEN

**Objetivo.** Mostrar nuestra experiencia en el aumento glúteo con la utilización de la técnica intramuscular, con la presentación de 61 casos en el término de 3 años.

**Método.** Fueron tratados 61 pacientes de entre 30 y 76 años, de los cuales 56 eran mujeres y 5 hombres, desde junio de 2005 a mayo del 2008. Se utilizaron implantes lisos de gel de silicona altamente cohesivo, redondos o anatómicos, de entre 200 y 280 cc.

**Resultados.** Se obtuvieron resultados satisfactorios en 59 procedimientos de los 61 realizados; las complicaciones fueron hematoma 2 (3,2%), dehiscencia de herida 4 (6,5%), implantes palpables 1 (1,6%), infección 1 (1,6%) y extrusión de implantes 1 (1,6%). No hubo casos de ruptura de los implantes.

**Conclusiones.** El aumento glúteo por la técnica intramuscular produce excelentes resultados estéticos, con muy pocas complicaciones, pero con una curva de aprendizaje mayor que otras técnicas.

## SUMMARY

**Purpose.** To show our experience in gluteal augmentation with the use of the intramuscular technique, presenting 61 cases studied within a period of 3 years.

**Method.** 61 patients participated, 56 were women aged between 30 and 76, and 5 were men aged between 30 and 60. The study was carried out from June, 2005 until May, 2008.

Smooth, round or anatomic highly cohesive silicone gel implants were used. Their size was between 200 and 280 cc.

**Results.** Out of the 61 implants performed, satisfactory results were obtained in 59 patients; complications were bruising 2 (3.2 %), wound disruption 4 (6.5 %), palpable implants 1 (1.6 %), infection 1 (1.6 %), and implant extrusion 1 (1.6 %); there were no cases of implant rupture.

**Conclusions.** Gluteal augmentation using the intramuscular technique produces excellent aesthetic results, with very few complications, but with a bigger learning curve compared with other techniques.

## INTRODUCCIÓN

La historia del aumento glúteo se puede dividir en dos fases bien diferenciadas. La primera de ellas comenzó con Bartels, en 1965, quien utilizó implantes de mama para el aumento de glúteos, y siguió con Cocke,<sup>1</sup> en 1973, y con Douglas y Buchuk, en 1975. La segunda fase inscribe a González Ulloa, desde 1984 a la actualidad, a Robles, quien en 1984 presenta 9 casos con el empleo de la técnica submuscular, y a Vergara, quien en 1996 introduce la técnica intramuscular.<sup>2</sup> En este trabajo presentamos nuestro conocimiento recorrido en 3 años de experiencia con 64 procedimientos de aumento glúteo por hipoplasia glútea, con la utilización de la técnica intramuscular, la cual proporciona excelentes resultados estéticos con pocas complicaciones.

## PACIENTES Y MÉTODOS

El estudio abarca el período que va desde junio de 2005 a mayo de 2008. En total, 61 casos fueron intervenidos quirúrgicamente, de los cuales 56 eran mujeres, de 30 a 76 años, y 5 hombres, de 30 a 60 años. La edad promedio fue de 53 años para las mujeres y de 45 años para los hombres. En todos los casos se utilizó el plano intramuscular para la colocación de los implantes glúteos.

Las indicaciones para la gluteoplastia en pacientes con buen tono muscular fueron ptosis glútea, flaccidez glútea, hipoplasia glútea y los casos de asimetría glútea congénita o traumática.

Los implantes utilizados fueron lisos de gel de silicona altamente cohesivo, anatómicos o redondos de acuerdo con el caso, de los cuales fueron 6 anatómicos (9,8%) y 55 redondos (90,1%). Los tamaños variaron entre 200 y 280 cc.

## TÉCNICA QUIRÚRGICA

La marcación comienza, con el paciente en decúbito ventral, con la delimitación de la zona donde se va a realizar el bolsillo para la colocación del implante.

Se marca la zona de la incisión en el pliegue interglúteo sobre el sacro por arriba del ano entre 4 y 5 cm, con una longitud de 6 a 8 cm, y la marcación de un pequeño prebolsillo de entre 7 y 8 cm para incidir en el glúteo (**Figura 1**).

Luego se realiza la marcación de espina ilíaca superoposterior (punto A), de trocánter mayor de fémur (punto B) y de articulación sacroilíaca inferior (punto C). De esta forma se delimita la zona de colocación del implante, uniendo los puntos A con B y B con C (**Figura 2**).

Por último, se marca la zona del implante en el centro de la delimitación anterior.

## PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

Comienza el procedimiento quirúrgico con la infiltración con xilocaína al 2% con epinefrina diluida en 100 cc de solución fisiológica en la zona de incisión y en el prebolsillo. Se realiza la doble incisión vertical con forma de losange hasta la fascia del sacro, con el cuidado de preservar el ligamento sacro, que queda en su ubicación original, entre las dos incisiones. Luego, se expone la fascia del músculo glúteo mayor (**Figura 4**), y una vez expuesta se la incide siguiendo la dirección de las fibras musculares, con una profundidad de 3 a 4 cm de acuerdo con el espesor del glúteo mayor (**Figura 5**).

Una vez hecha la incisión en el músculo glúteo mayor, se realiza el bolsillo para el implante con disector plano pico de pato (**Figura 6**) y se completa en la periferia con la pinza plana diseñada por el Dr. Raúl González. Hay que tener especial cuidado con el tamaño del bolsillo, ya que éste no tiene que ser más grande que las dimensiones del implante, porque si es más amplio se corre el riesgo de que el implante se dé vuelta.

El control hemostático se hace lo más minuciosamente posible, para lo cual es útil la utilización de una valva con luz fría. Una vez finalizada, se colocan compresas húmedas y se realiza el mismo procedimiento en el glúteo contrario.

Concluida la hemostasia bilateral, se retiran las compresas y se chequea nuevamente el bolsillo. Se lleva a cabo un lavado con solución fisiológica con gentamicina y bupivacaína, y se colocan los implantes (**Figura 7**), teniendo especial cuidado en revisar que el implante no esté dado vuelta o que no esté plegado en alguno de sus bordes.

Se comienza con el cierre por planos, con nylon 2-0, plano del músculo glúteo mayor, de manera hermética y sin tensión; después, el cierre del prebolsillo, con varios puntos de nylon 3-0, que van desde el tejido celular hacia la aponeurosis del músculo glúteo mayor, disminuyendo de esta forma el espacio muerto del prebolsillo; luego se realiza el cierre de la dermis de los bordes externos de

la incisión con puntos de anclaje al ligamento sacro, el cual previamente es liberado de la dermis que lo cubre (**Figura 8**), y por último el cierre de incisión de piel, con puntos simples, con nylon 4-0. Se realiza cura plana, con colocación de vendas elásticas adhesivas y por último la faja compresiva. La duración del tiempo quirúrgico es aproximadamente 90 minutos.

## POSOPERATORIO

Luego de la intervención, el paciente permanece internado durante 24 horas, alternando entre decúbito lateral y decúbito ventral. Al 2do día posoperatorio puede comenzar a deambular.

Se realiza profilaxis antibiótica durante 7 días con cefalexina 500 mg cada 6 horas, y un plan de analgesia con ibuprofeno 600 mg, un comprimido cada 8 horas, o dextropropoxifeno y dipirona, un comprimido cada 12 horas, entre 7 a 10 días, según las molestias del paciente.

Se utiliza la venda elástica adhesiva durante 7 días y faja compresiva durante 3 semanas (**Figura 9**).

## RESULTADOS

Esta técnica quirúrgica presentó resultados satisfactorios en 59 pacientes de un total de 61 intervenidos quirúrgicamente.

No se presentó gran cantidad de complicaciones. Éstas fueron: palpación del implante 1 (1,6%) (**Figuras 10 y 11**), infección 1 (1,6%), dehiscencia de la herida 4 (6,5%) (**Figuras 12 y 13**), hematomas 2 (3,2%) y extrusión de implantes 1 (1,6%). No se produjo ningún caso de ruptura de implante (que sí describen algunos autores).

En el caso de la infección, la paciente fue internada y se trató con un esquema de antibióticos IV durante 7 días; **no** fue necesaria la remoción de los implantes.

Los casos de pacientes que sufrieron dehiscencia de la herida fueron tratados de manera ambulatoria, con curaciones diarias, a fin de estimular la granulación; en algunos casos puede llevar hasta 3 semanas.



Figura 1. Marcación en tipo de losange, en el pliegue interglúteo.



Figura 2. Marcación de los puntos A y B, para demarcar la localización final del implante.

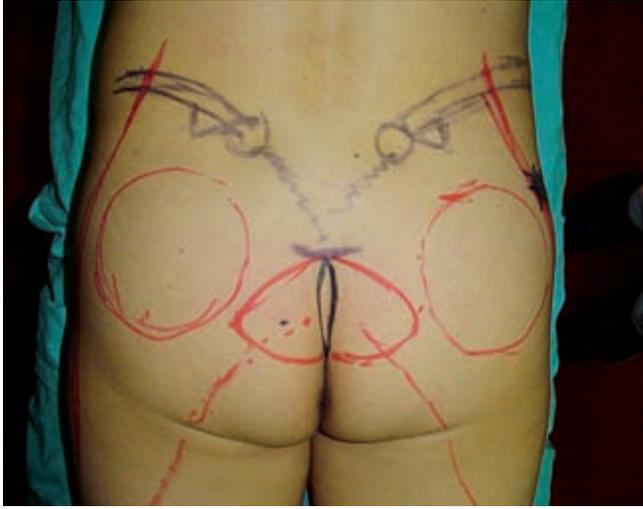


Figura 3. Marcación final, previa a la intervención quirúrgica

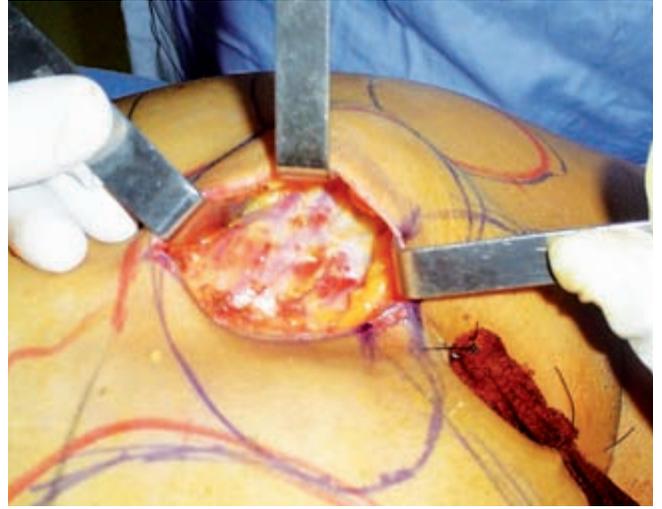


Figura 4. Se observa la fascia del músculo glúteo mayor (sin la incisión).

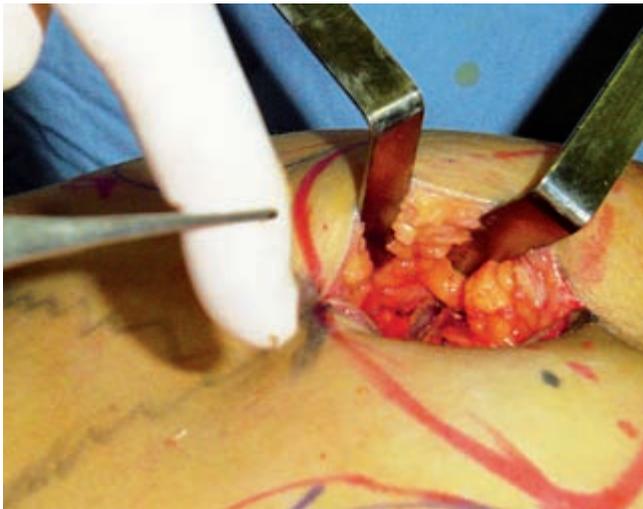


Figura 5. Se observa la incisión en el músculo glúteo mayor, y la profundidad con la que se realiza el bolsillo (marcada en el dedo índice del cirujano).

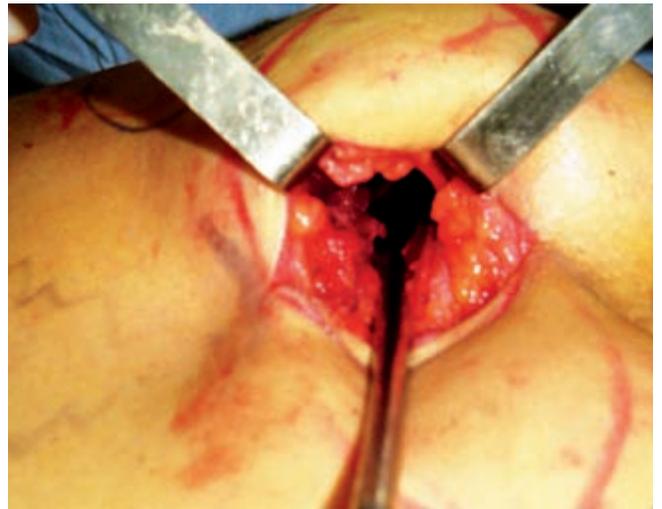


Figura 6. Realización del bolsillo, con la valva plana pico de pato.

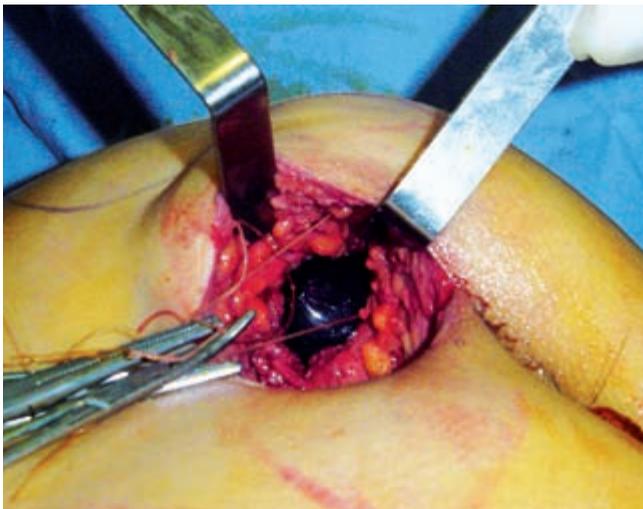


Figura 7. Implante colocado.



Figura 8. El ligamento sacro se encuentra por debajo de la dermis en la línea media, y es presevado.



Figura 9. Curación final, luego de la cirugía.



Figura 10. Vista posterior, donde se observa una posible complicación, cuando queda visible y palpable el implante.



Figura 11. Vista lateral, donde se observa una posible complicación, cuando queda visible y palpable el implante.



Figura 12. Se observa la dehiscencia de la herida en el 7mo día del posoperatorio.



Caso clínico 1. Preoperatorio.



Caso clínico 1. Posoperatorio.



Caso clínico 2. Preoperatorio.

Caso clínico 2. Posoperatorio.



Caso clínico 3. Preoperatorio.

Caso clínico 3. Posoperatorio.



Caso clínico 4. Preoperatorio.

Caso clínico 4. Posoperatorio.

## DISCUSIÓN

Los mejores resultados se obtuvieron con la colocación del implante a nivel intramuscular, ya que provee la cobertura suficiente y amplio bolsillo para los implantes. Los resultados fueron satisfactorios en la mayoría de los casos, y la incidencia de complicaciones (seroma, hematoma, infección y dehiscencia de la herida) fue baja.

Durante el cierre del bolsillo muscular del glúteo mayor, hay que prestar mucha atención para que éste sea lo más hermético posible; ello contribuye a prevenir o evitar la contaminación del implante ante cualquier complicación superficial.

Al ser el glúteo mayor un músculo bien vascularizado, esto nos da la chance de poder tratar ciertos tipos de infecciones con un adecuado esquema de antibióticos, sin la necesidad de remover los implantes.

Otro aspecto importante para disminuir la morbilidad, es la de evitar la manipulación excesiva de los implantes una vez colocados, por ejemplo retirarlos y volverlos a colocar varias veces.

Se utiliza la incisión interglútea porque es menos notoria, y no la infraglútea, que deja secuelas cicatrizales visibles.

La colocación del implante subcutáneo se dejó de utilizar debido a un mayor índice de complicaciones, tales como seroma, infecciones y contractura capsular, que dejaba asimetrías muy visibles.

La técnica retromuscular (técnica de Robles) presenta dificultades, ya que en la proximidad se encuentra el nervio ciático y su daño eventual puede dejar consecuencias; por otro lado, los implantes que se colocan en esta posición son más pequeños.<sup>2</sup>

## CONCLUSIÓN

Esta técnica intramuscular, con los implantes correctos según el tipo de paciente, no deja ningún tipo de irregularidades ni asimetrías, no presenta mayores complicaciones y nos permite elegir distintos modelos y tamaños de implantes.

Para lograr excelentes resultados, además de un buen diagnóstico y experiencia, la mayoría de los casos requiere la asociación de diferentes procedimientos, a saber: lipoaspiración, lipotransferencia y *lifting* glúteos, además del implante.

El implante glúteo es una técnica que, a pesar de tener una curva de aprendizaje un poco más ardua (algo mayor que el implante mama-

rio, pero no más que un *lifting* de mejilla), puede ser llevada a cabo por cualquier cirujano plástico que esté familiarizado con el área.

Es un procedimiento duradero y altamente efectivo, con bajo grado de complicaciones comparado con lipotransferencia grasa, inyección de PMM, o de silicona líquida.

En definitiva, la técnica intramuscular es muy segura, pues se trabaja lejos del nervio ciático, y la aparición de complicaciones es muy baja. Las complicaciones suelen ser menos que en los implantes mamarios y en general suelen aparecer por un defecto en la técnica.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Guasch JP, Cervelli V, Ribo PJ, Ribo PG. *Protesis glúteas: gluteal prosthesis. Cirug Plast Ibero-Latinoamericana*. 2001;27:193-199.
2. Bartles RY, O'Malley JE, Douglas WM, Wilson RG. *An unusual use of the Cronin breast prosthesis: case report. Plast Reconstr Surg*. 1969;44:500.
3. Gras Artero M. *Asimetría glútea, corrección mediante injerto dermograsoasoponeurotico de nalga contraria. Rev Esp Cir Plast*. 1974;7:185.
4. Cocke WM, Rickeson G. *Gluteal augmentation. Plast Reconstr Surg*. 1973;52:93.
5. Douglas WM, Bartels RJ, Baker JL. *An experience in aesthetic buttock augmentation. Clin Plast Surg*. 1975;2:471.
6. Gonzalez Ulloa M. *A review of the present status of the correction for sad buttocks. Mexico City, Mexico: IV Congress of the International Society of Aesthetic Plastic Surgery, April 1977.*
7. Gonzalez Ulloa M. *Gluteoplasty: a ten-year report. Aesthetic Plast Surg*. 1991;15:85.
8. Buchuck L. *Gluteoplastia de aumento. Cir Plast IberoLatinoamer*. 1980;6:29.
9. Robles JM, Tagliapertra JC, Y Grandi MA. *Gluteoplastia de aumento: implante submuscular. Cir Plast IberoLatinoamer*. 1984;10:365-375.
10. Vergara R, Marcos M. *Intramuscular gluteal implants. Aesthetic Plast Surg*. 1996;20:259.
11. De la Pena JA, Lopez-Momjardin H, Gamboa-Lopez F. *Augmentation gluteoplasty: anatomical and clinical considerations. Plast Cosmetic Surg*. 2000;17:1-12.
12. Rafael Vergara, MD and Hugo Amezcua, MD: *Intramuscular Gluteal Implants: 15 Years' Experience. Aesthetic Surgery Journal*. March/April 2003.
13. McGraw JB, Arnold PG. *Gluteus Maximus: McGraw and Arnold's Atlas of Muscle and Musculocutaneous Flaps. In: Norfolk, VA: Hampton Press; 1986;p. 357-358.*
14. Raul Gonzalez. *Buttock Reshaping: 2006*



## HISTORIAS REGIONALES

### SOCIEDAD DE CIRUGÍA PLÁSTICA DE LA PLATA

La Sociedad de Cirugía Plástica de La Plata se fundó el día 14 de agosto de 1972. La Asamblea Fundacional estuvo presidida por el Dr. Leonardo Barletta y actuó como secretaria de Actas la Dra. Anabel Bolla. Esta Asamblea se realizó en la sede de la Sociedad Médica de La Plata, con la presencia de los doctores Leonardo Barletta, Alberto Arrúa, Anabel Bolla, Julio Luis Cianflone, Carlos Cingano, Ricardo Coccozzella, Mauro Daroda, Pablo Carlos Gaebler, Raquel La Fuente, Leonardo Lupiano, Enrique Merlo, Horacio Notti, César Pinjosowsky, Carlos Rodríguez Peylobet, Rodolfo Rojas, Roberto Soulard y José Vich, en calidad de socios fundadores. En esa Asamblea se aprobaron los estatutos y reglamentos que han regido los destinos de la Sociedad.

#### PRESIDENTES

1972-1974: Leonardo Barletta.

1974-1976: Mauro Daroda.

1976-1978: Julio Cianflone.

1978-1980: Rodolfo Rojas.

1980-1982: José Vich.

1982-1984: Horacio Notti.

1984-1986: Alberto Arrúa.

1986-1988: Enrique Cavilla.

1988-1990: Roberto Soulard.

1990-1992: Carlos Perroni.

1992-1994: Ricardo Coccozzella.

1994-1995: Norma Marchessi

1995-1998: Carlos Perroni.

1998-2000: Carlos Rodríguez Peylobet.

2000-2002: Néstor Vincent.

2002-2004: Federico Deschamps.

2004-2006: Jorge Canestri.

2006-2008: Roberto Lamonega.

2008-2010: Carlos Schreiner.

2010-2012: Daniel Mosquera.

### SOCIEDAD DE CIRUGÍA PLÁSTICA DE MAR DEL PLATA

Este resumen ofrece, más que una crónica de fechas, el relato de las vivencias y las dificultades que fueron surgiendo en las distintas etapas que transitó nuestra Sociedad en su desarrollo y luego, junto con el resto del Interior, en la lucha por lograr la integración con Buenos Aires, para finalmente culminar en la SACPER.

En la historia de la filial debemos considerar un período que podríamos llamar pre-institucional, en el cual incluimos a aquellos colegas cirujanos generales que incursionaron en la cirugía plástica de la misma manera que otros lo hicieron en Rosario, Córdoba, Buenos Aires, etc.; éstos son los verdaderos pioneros de la especialidad, aunque a nivel local no se distinguieron en ella como sí lo hicieron los Dres. L. Zeno e Ivanisevich, entre otros.

En la segunda mitad de la década de 1950 ejercían en la ciudad dos destacados cirujanos generales, los Dres. Quiroga y Loyarte, que hacían algunas operaciones de estética. El primero, mucho más disciplinado, prefería las rinoplastias, que documentaba con fotografías del preoperatorio y posoperatorio; en cambio, el Dr. Loyarte, típico cirujano de emergencias, muy hábil, dotado de una memoria prodigiosa, no ponía límites a lo quirúrgico, incluía la plástica. Me parece que es oportuno recordar, para dar una

idea más acabada de la época y sus personajes, que el Dr. Loyarte tenía una Peña artístico-cultural y organizaba reuniones en su Clínica que eran frecuentadas por el Dr. J. Otermín Aguirre y también por el Dr. Malbec, a quien me tocó presentar como orador en alguna oportunidad.

Posteriormente llegaron los especialistas llamados "golondrinas" que, relacionados con algún colega de la ciudad, viajaban periódicamente desde Buenos Aires. Fueron el Dr. Jorge Santamarina Iraola, el Dr. Otermín Aguirre y por último, alrededor de 1960, el Dr. Jack Davis, ya que a partir de 1961 la plaza se fue cubriendo con especialistas que se radicaron en nuestra ciudad.

El primero de ellos fue el Dr. Hilmar Giles, que comenzó trabajando en el Servicio de Ginecología de la sala VII del Hospital Mar del Plata, donde logró habilitar un consultorio de la especialidad en dicho hospital, según el Dr. C. Martín, quien se incorporó a él en 1961 al finalizar su formación con el Dr. A. Spadafora. Al año llegué yo concursando el cargo en el Hospital Regional, Planta Piloto N°1; posteriormente se sumaron los Dres. L. Aldaz y R. Grimaldi.

Participábamos de las reuniones científicas de la Sociedad de Cirujanos de Mar del Plata, en cuyos boletines se pueden en-



IV Jornadas de Cirugía Plástica y Oro-Máxilo-Facial del Interior. Mar del Plata, noviembre de 1971.



VII Congreso Argentino de Cirugía Plástica y X Jornadas de Cirugía Plástica del Interior. Mar del Plata, noviembre de 1977.

contrar los testimonios de nuestras presentaciones. En 1965 organizamos la Sociedad Marplatense de Cirugía Plástica y Oro-Máxilo-Facial. Sus estatutos eran elementales, pero permitían desarrollar reuniones científicas periódicas, a las que se sumaban “los cursos de verano” por iniciativa del Dr. H. Giles, en los años 69 y 70, hasta que, en 1974, fue víctima de un homicidio nunca aclarado.

El 21 de abril de 1970 se funda formalmente la Sociedad de Cirugía Plástica y Oro-Máxilo-Facial de Mar del Plata (el mismo año en que lo hace la ISAPS). Sus estatutos, semejantes a los de la SACP, serían posteriormente revisados y “aggiornados” para adecuarlos a los sucesivos requerimientos de la SACPER, hasta el reordenamiento propuesto en el 2005. Por ese motivo se cambió el nombre de la filial por el de “Sociedad de Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva de Mar del Plata filial de la SACPER”. Sólo quedaron los cirujanos plásticos y aquellos que estaban completando su formación.

Los miembros fundadores fueron los Dres. H. Giles, C. Martín, O. López, L. Aldaz y R. Grimaldi como titulares; y como adherentes, los Dres. N. García Iturralde, J. C. Jaksic, B. Naiderman (cirujano general) y los odontólogos que practicaban la cirugía maxilofacial: Dres. R. Asef, E. Betard, A. Lascano e I. Rozic.

La década del 60 resultó muy importante para la cirugía plástica del interior porque se crean las Sociedades de Córdoba, La Plata, Rosario, Mendoza y Mar del Plata. Es decir que en el interior había crecido notoriamente el número de especialistas, pero la SACPER siguió presidida por cirujanos de la Capital hasta 1980 (con la excepción del Dr. Albertengo, en 1969). En 1977 (al cumplirse 25 años de la SACPER), se realizó en nuestra ciudad el Congreso Argentino junto con la Jornadas del Interior, que presidimos con el Dr. Maquieira, amigo personal desde mi inicio en la especialidad. Ambos comulgábamos con la idea de hacer una Sociedad única, que afortunadamente pudimos concretar gracias al consenso alcanzado en ese sentido, el cual había sido enunciado en el Congreso y las Jornadas del año anterior en Paraná, presididas por los Dres. H. La Ruffa y J. Galli.

Como consecuencia, se fundó en 1978 la Sociedad de Cirugía Plástica de Buenos Aires, y asumía como primer presidente el Dr. U. de Santis. Surge entonces, en la SACPER, la alternancia de la presidencia entre Buenos Aires y el interior, un logro que no fue nada fácil debido a que algunos colegas defendían posturas prácticamente irreductibles de ambos lados. Por momentos recordaban las viejas antinomias vividas en la política argentina.

No se puede desconocer que Buenos Aires tiene una historia muy rica en la especialidad, con numerosos profesionales y centros hospitalarios de primerísimo nivel, reconocidos mundialmente. El interior, en cambio, había conseguido incuestionable predicamento fundamentalmente por la organización de sus Jornadas Anuales.

Por la misma época de la creación de la filial local, un grupo de eminentes cirujanos plásticos de Buenos Aires, como los Dres. Viñas, Davis, Spadafora, etc., y algún cirujano general con incursión en la plástica, como el famoso Dr. Ivanisevich (coautor junto con el Dr. Rivas de la técnica de la rinoplastia llamada *argentina*), crearon la Sociedad Argentina de Cirugía Estética (generando enfrentamientos más profundos y de otra índole que los surgidos con la actual Sociedad de Medicina Estética). Algunos de los colegas del interior los acompañaron, convencidos por la idea o simplemente por fidelidad a sus maestros. La desinteligencia entre la SACP y la nueva SACE fue mayúscula. La primera continuó con las reuniones en la sede de la AMA; la segunda, en la misma vereda, unos metros más allá, en la Sociedad Científica Argentina. Fue un grupo disidente pero muy entusiasta, que publicó una revista dirigida por el Dr. Spadafora, organizó sus congresos anuales a partir de 1972 con muchos premios a los trabajos, pero a pesar de esa lucha no consiguieron la representatividad internacional que pedían ya que la Federación reconoce sólo una Sociedad por país. Por ese motivo y por el trágico fallecimiento de su principal pilar, el Dr. José Viñas, en 1979 se disuelve, volviendo sus miembros al seno de la Sociedad Argentina de Cirugía Plástica que sale fortalecida al igual que las filiales del interior.

En diciembre de 1961, siendo Ministro de Salud Pública el Dr. O. Mammoni, se inaugura la Planta Piloto N°1 (creada por la ley de Reforma Hospitalaria) en el Hospital Regional construido en el gobierno del Gral. Perón y no habilitado hasta esa fecha. La experiencia fue un intento de mejorar la atención en los hospitales públicos. Para mí fue una elección difícil debido a que dejaba los cargos de cirujano de Guardia y de Sala, que había ganado en el Hospital de Quemados de Buenos Aires, para venir a trabajar full time a un hospital nuevo en otra ciudad, y a pesar que el Dr. Giles me advirtiera en su consultorio, cuando lo fui a saludar a mi llegada, “a ese hospital lo vamos a cerrar en dos meses”. El hospital de reforma, debido al arancelamiento de las prestaciones, motivó un enfrentamiento con el Centro Médico, que manejaba las Obras Sociales, situación que repercutió de alguna manera en nuestras relaciones humanas. Hasta que, por cambios en el gobierno de La



Plata, fue nombrado Ministro de Salud Pública el Dr. Abelardo Costa quien, sin antecedentes en “política sanitaria” y siendo del mismo partido político que su antecesor Dr. Mammoni, decide cerrar el hospital al tercer año de funcionamiento (mil días) argumentando que la reforma la harían desde el gobierno. Me tocó atender al Dr. Costa, en dos oportunidades, veinte y cuarenta y cuatro años después del cierre del hospital, y refiriéndose a ella me confesó: “Doctor, me han engañado”. Cito esta experiencia porque repercutió en el grupo de cirujanos plásticos locales y porque muestra que no podemos esperar que los cambios en la política sanitaria provengan del sector político, de hecho la idea del hospital de reforma se continuó en el Hospital Privado de Comunidad donde tres de nuestros titulares se formaron en cirugía general. Nuestra filial ha crecido mucho y cuenta con veintiocho titulares y ocho adherentes.

### COMISIÓN DIRECTIVA ACTUAL

Presidente: Dr. Eduardo Aubone

Vice Presidente: Dr. Sergio Pagani

Secretario General: Dr. Esteban Elena

Pro- secretario: Dr. Federico Meli

Secretario de Actas: Dra. Marcela Marín

Tesorero: Dr. Daniel Lafranconi

### MIEMBROS TITULARES

Luis Aldaz, Federico Aldaz, Claudio Angrigiani, Daniel Ruiz, Eduardo Aubone, Hugo Barbosa, Hugo Ciampagna, Esteban Elena, Eduardo González, Claudio Ghilardi, Raúl Grimaldi, Gustavo Invierno, Daniel Lafranconi, Orlando López, Marcela Marín, Carlos Martín, Federico Meli, Sergio Pagani, Jorgelina Peláez, José L Tessler.

Fallecidos: Dr. H. Giles y Dr. J. Angaroni

### MIEMBROS ADHERENTES

Mariela Acha, Margarita Yacachuri, Agustín Matia, Ezequiel Escudero, Osvaldo Elías, Cristina Ovejero, Jacqueline Torres, Patricio Gulminelli.

### CONGRESOS Y JORNADAS (que tuvieron lugar en la ciudad)

- 1961 - IV Jornadas Rioplatenses de Cirugía Plástica. Presidido por el Dr. Fortunato Benaim.
- 1971 - IV Jornadas de Cirugía Plástica y Maxilofacial del Interior. Presidido por el Dr. H. Giles.
- 1974 - IV Congreso Argentino y XVI Jornadas Rioplatenses. Presidido por el Dr. E. Marino.
- 1977 - VII Congreso Argentino, presidido por el Dr. Néstor Maquiera y X Jornadas del Interior, presididas por el Dr. O. López.
- 1981 - Curso anual de perfeccionamiento del Capítulo de Cirugía Estética. Coordinador: Dr. O. López. Director del Capítulo: Dr. U. De Santis.
- 1983 - Curso anual de perfeccionamiento del Capítulo de Cirugía Estética. Director del Capítulo: Dr. O. López.
- 1989 - XIX Congreso Argentino, Presidente: Dr. P. Mugaburu.
- 1992 - XXII Congreso Argentino. Presidente: Dr. O. López.
- 1997 - Curso Internacional de Verano.
- 2000 - XXX Congreso Argentino. Presidente: Dr. L. Aldaz.
- 2006 - En diciembre, Reunión de filiales.
- 2009 - XXXIX Congreso Argentino. Presidente: Dr. C. Ghilardi.

Dr. Orlando E. López.

## SOCIEDAD DE CIRUGÍA PLÁSTICA DEL NORDESTE

Durante la década del 70 comenzaron a llegar a nuestra región (Chaco, Corrientes, Formosa y Misiones) los primeros cirujanos plásticos con formación académica en la especialidad. Hasta entonces los pacientes eran tratados por cirujanos generales, algunos de los cuales con gran capacidad quirúrgica, pero sin conocimientos desarrollados en la materia. Debe tenerse en cuenta la época que se vivía, hace casi cuarenta años, en una zona inhóspita pero en continuo crecimiento.

Se fueron dando encuentros casuales entre cirujanos plásticos que residían en la zona, en Congresos y reuniones científicas en Buenos Aires y otras ciudades del país, y así surgió la idea de juntarnos con mayor frecuencia. Teniendo en cuenta la extensión de

la región y que éramos pocos y aislados y precisábamos encontrarlos para comentar nuestros problemas en común, comenzamos a hacer reuniones en distintos puntos: en Corrientes estaba el Dr. Said Marecos y Leopoldo Bayol, en Resistencia Joel Cáuderer y Isaac Rolando Ibáñez, en Posadas León Buchuk y Carlos Rodolfo Medina. Así surgió la inquietud de crear la Sociedad de Cirugía Plástica del Nordeste

El primer intento, en 1977, no prosperó, hasta que el 4 de junio de 1983, en la ciudad de Corrientes, en la casa del Dr. Said Marecos, el decano de los Cirujanos Plásticos del Nordeste, se reunieron los doctores: Said Marecos, Joel Cáuderer, León Buchuk, Leopoldo Bayol, Irma De la Iglesia, Jorge Horacio Esbry, Isaac Rolando



Foto inaugural de la Sociedad de Cirugía Plástica del Nordeste. **De izquierda a derecha:** Cáuderer, De la Vega (fallecido), Said Marecos (ídem), Medina, Ibáñez y Esbry. Faltan: Buchuk, De la Iglesia y Bayol.



Sociedad de Cirugía Plástica del Nordeste. Foto tomada en Formosa, el sábado 3 de mayo de 2008.

Ibáñez, Carlos Rodolfo Medina y Rodolfo Carlos De la Vega, y fundaron la Sociedad de Cirugía Plástica del Nordeste. Su Comisión Directiva quedó integrada de la siguiente manera: Presidente: Dr. Said Marecos; Vicepresidente: Dr. León Buchuk; Secretario: Dr. Joel Cáuderer, Tesorero: Dr. Leopoldo Bayol; Secretario de Actas: Dr. Isaac Rolando Ibáñez, y Secretario científico: Dr. Horacio Esbry. Desde entonces nos reunimos mensualmente en las capitales de las cuatro provincias, Chaco, Corrientes, Misiones y Formosa.

El 20 de noviembre de 1983, aprovechando su visita a la región, designamos Socio Honorario al Profesor Fortunato Benaim, el primero de las numerosas personalidades de la Cirugía Plástica que concurren invitados por la Sociedad a enriquecernos con sus conocimientos.

El 26 de julio de 1985 la Sociedad Argentina de Cirugía Plástica, Estética y Reparadora nos designa como Filial, al llegar a los cinco Socios Titulares.

El 21 de junio de 1986 se realiza la Primera Reunión Conjunta con la SACPER en la ciudad de Resistencia, con la presen-

cia del Presidente de la SACPER, Dr. Mauro Daroda, los doctores Benaim y Galli, y como visitantes extranjeros los doctores Doralvo Franco y Rodrigo d'Eça Neves, con amplia actividad científica y social.

Estos fueron los comienzos. Desde entonces se realizaron numerosas y variadas actividades, con la presencia de profesionales de nuestro país, como Abel Chajchir, José Juri, Osvaldo Orduna, Manuel Viñal, Juan Carlos Ortega, Luis Aldaz, Jorge Patané y Osvaldo Cudemo, y de invitados extranjeros, como los doctores Aymar Sperli, Doralvo Franco, Rafael Soto Matos, Jesús Amarilla y muchos otros colegas, que no mencionamos para no transformar esto en una interminable lista y cometer el pecado de que alguno se nos olvide.

Hoy la SACPNEA tiene un presente pujante con treinta miembros, catorce titulares en la SACPER, cinco titulares de nuestra sociedad y once adherentes.

Dres. Joel Cáuderer e Isaac Rolando Ibáñez

## LA CIRUGÍA PLÁSTICA EN EL NOROESTE ARGENTINO

Corría el año 1985, cuando un 9 de mayo, en la ciudad de San Miguel de Tucumán, en la Biblioteca de Colegio Médico, situado, en aquel momento en calle Catamarca 25, se reúne un grupo de diez profesionales con el fin de fundar la Sociedad Tucumana de Cirugía Plástica y constituirse, elección mediante, la primera Honorable Comisión Directiva. En la oportunidad se designó como Presidente al Dr. Hugo R. Mayer, y como Vicepresidente al Dr. Juan C. Pacheco. En aquella época la Sociedad Argentina de Cirugía Plástica Estética y Reparadora (SACPER) estaba presidida por el Dr. Erdulfo Appiani. Sería ingrato no mencionar en esta recopilación de datos de la Historia

de la Cirugía Plástica del Noroeste Argentino (NOA) a los Dres. Juan C. Pacheco (†), Heriberto Araujo Lesme (†), Ricardo C. Lara, Enrique A. Alcaide, León Dahan, Fernando J. Colombres, Miguel A. Corbella, Carlos M. Airas, Carlos M. Palacio y la Dra. Silvia Barrionuevo, que sin la tecnología y sin las comunicaciones de los tiempos actuales supieron mantenerse actualizados y partícipes de todas las actividades organizadas por la Sociedad Argentina de Cirugía Plástica.

Veintidós años más tarde, siendo Presidente de la SACPER el Dr. Ernesto Moretti, se establece la Regionalización de la Sociedad Argentina. Si bien el NOA lo conforman cinco provincias

(Tucumán, Salta, Santiago del Estero, Catamarca y Jujuy), hasta entonces la Sociedad Tucumana de Cirugía Plástica (STCP) era la única reconocida en como Filial de la SACPER en la región, dependiendo de ella el resto de las provincias.

Durante el año 2008, la entonces Filial Tucumán de la SACPER, presidida por el Dr. Roberto Serrano Alcalá, convocó como cabecera del Noroeste a todos los Miembros Titulares de la SACPER acreditados en dicha Filial a una Asamblea para fundar la Regional NOA (SACPER-NOA), previo acuerdo del respectivo Reglamento y Estatuto.

Si bien Salta contaba con una Sociedad local de Cirugía Plástica, presidida por el Dr. Javier Vera Cucchiario, cabe destacar que no estaba reconocida como Filial de la SACPER y sus miembros ante la Sociedad Nacional dependían de Tucumán. Catamarca, Jujuy y Santiago del Estero no tenían Sociedad Científica provincial local, y la correspondiente a Santiago del Estero fue organizada durante la Presidencia del Dr. Roberto Serrano Alcalá, por entonces Presidente de la Filial Tucumán de la cual dependía todo el NOA.

El 7 de marzo de 2008, entonces, en la ciudad de San Miguel de Tucumán, en la actual sede del Colegio Médico, se votó la primera Honorable Comisión Directiva de esta Regional NOA; se eligió como Presidente al Dr. Roberto Serrano Alcalá y quedó establecida una rotación del cargo de acuerdo con la proporcionalidad de los Miembros Titulares de la SACPER que cada provincia acreditara. Así quedó fundada la Filial NOA, que está compuesta además por tres Sociedades Provinciales: Tucumán, presidida por ese entonces por el Dr. Roberto Serrano Alcalá, quién ejerció durante el 2009 una doble presidencia: la del NOA y la de la Sociedad Tucumana; Salta, presidida por esa época por el Dr. Javier Vera Cucchiario y Santiago del Estero, presidida en ese tiempo por el Dr. Mario Millet.

| Primera Honorable Comisión Directiva de la Regional NOA de la SACPER |                           |                     |
|--|---------------------------|---------------------|
| Presidente Honorario   | Hugo R. Mayer             | Tucumán             |
| Presidente   | Roberto Serrano Alcalá    | Tucumán             |
| Vicepresidente   | Javier J. Vera Cucchiario | Salta               |
| Secretario General   | Ricardo C. Lara           | Salta               |
| Secretario de Actas  | Miguel A. Corbella        | Tucumán             |
| Subsecretario de Actas   | Enrique S. Rusconi        | Tucumán             |
| Tesorero   | León Dahan                | Tucumán             |
| Vocales  | Fernando J. Colombres     | Tucumán             |
|  | Eduardo A. Novillo        | Tucumán             |
|  | B. Susana Paredes         | Salta               |
|  | Carlos H. Corpacci        | Catamarca           |
|  | Carlos M. Arias           | Tucumán             |
| Comisión Fiscalizadora   | Miguel A. Huamán Martínez | Tucumán             |
|  | Horacio R. Lostia         | Salta               |
| Eventos Científicos  | Mario E. Millet           | Santiago del Estero |
|  | J. Ignacio Ormaechea      | Santiago del Estero |

Sin descanso, con mucho trabajo, esfuerzo, dedicación y participación desinteresada, el Dr. Roberto Serrano Alcalá y todos sus colaboradores consiguieron poner al NOA en una situación científica y profesional antes inédita, labor continuada con igual esfuerzo por el Dr. Javier Vera Cucchiario en la segunda Presidencia de la Regional.

Actualmente las actividades del NOA incluyen tres Jornadas Anuales de Actualización en Cirugía Plástica, que se vienen desarrollando en

forma ininterrumpida desde el año 2005 con sede en Tucumán, Salta y Santiago del Estero; las Jornadas de Trauma Maxilofacial, en la ciudad de San Fernando de Catamarca, organizadas por el Dr. Carlos H. Corpacci, que se realizan año por medio; y el Curso Internacional de Cirugía Plástica, dirigido por el Dr. Javier Vera Cucchiario, que se realiza todos los años organizado por la Sociedad Salteña de Cirugía Plástica y como cierre de la actividad anual.

Como nota de relevancia debemos decir que en diciembre de 2008, durante la Presidencia del NOA del Dr. Roberto Serrano Alcalá, se llevó a cabo la Reunión Nacional de las Regionales de la SACPER en la provincia de Salta. Fue un orgullo que se eligiera al NOA como sede de dicha reunión, ya que nunca antes en la historia de la entonces Filial Tucumán como tampoco en la de la flamante Regional NOA, se había realizado un evento nacional de tal jerarquía en esta región.

Actualmente se llevan actividades Científicas en forma coordinada con la UCA, tanto en Tucumán, Santiago y Salta. En el año 2009 se realizaron las VII Jornadas Tucumanas de Cirugía Plástica que tuvieron como Presidente al Dr. Enrique S. Rusconi y como Presidente Honorario al Prof. Dr. Enrique P. Gagliardi, se firmó un convenio marco de reciprocidad por un período de siete años entre la Cátedra de Cirugía Plástica de la Pontificia Universidad Católica Argentina Santa María de los Buenos Aires (UCA) y la Sociedad Tucumana de Cirugía Plástica (STCP), presidida por el Dr. Roberto Serrano Alcalá. A la vez, se realizó un Curso Anual de Actualización en Tucumán, el cual será dictado este año 2010 en Salta y se pretende que en el 2011 se realice en Santiago, con al apoyo incondicional de la UCA.

La Regional SACPER-NOA está trabajando en el futuro Congreso Argentino a realizarse en el año 2015, y también pretende tener un Presidente electo de nuestra Sociedad Científica SACPER en los próximos 6 años, para poder tener representatividad en nuestra entidad madre.



#### Presidencias de la Regional NOA de la SACPER (2008 – 2010)

| Período     | Presidente                | Vicepresidente            |
|-------------|---------------------------|---------------------------|
| 2008 - 2009 | Roberto Serrano Alcalá    | Javier J. Vera Cucchiario |
| 2009 - 2010 | Javier J. Vera Cucchiario | Mario E. Millet           |
| 2010 - 2011 | Mario E. Millet           | Fernando J. Colombres     |

## SOCIEDAD DE CIRUGÍA PLÁSTICA DE ROSARIO

Rosario, como ha escrito el Prof. F. Benaim, tiene asignado un lugar destacado en la historia de la Cirugía Plástica argentina pues esta asociado al del Dr. Lelio Zeno, figura descollante en la especialidad, uno de los fundadores de la Sociedad Latinoamericana de Cirugía Plástica. Su libro de cirugía plástica publicado en la década del cuarenta contiene fundamentos básicos y técnicas ilustradas de permanente vigencia.

La Sociedad de Cirugía Plástica de Rosario fue fundada en el año 1966 como fruto de la acción tesonera del Dr. Alberto Albertengo quien, junto a sus discípulos de entonces, por orden cronológico Inchaurreaga, Abriata y Suriano, a los que se agregaron Garré, Turich, Funes, Caviglia y Bacigalupo, únicos especializados, constituyeron la Sociedad y realizaron la Asamblea Fundacional designando como primer presidente al doctor Albertengo. De allí en más la Sociedad comienza a transitar un camino que la hizo crecer en forma permanente. El Dr. Albertengo inicia su presidencia con la conferencia, en su Sesión Inaugural, del doctor Dr. Héctor Marino sobre malformaciones labiopalatinas, y al día siguiente con una demostración quirúrgica en el hospital escuela de la Facultad de Medicina. Fue designado como primer Miembro Honorario de la Sociedad.

En el año 1968, con la presidencia del Dr. Garré, se realizan las IX Jornadas Rioplatenses de Cirugía Plástica conjuntamente con la Sociedad Argentina y la Sociedad de Cirugía Plástica del Uruguay.

En 1969, con la presidencia del Dr. Inchaurreaga, el conferencista invitado es el Dr. Ernesto Malbec, quien es nombrado Miembro Honorario; en su presentación recordaba sus viajes habituales a Rosario para conocer los trabajos que realizaba el Dr. Zeno en la Cátedra de Clínica Quirúrgica de la Facultad de Medicina.

Un capítulo muy importante de recordar es la labor desarrollada por el Dr. Albertengo y colaboradores quienes, junto a la Sociedad de Cirugía Plástica de Córdoba y luego de Mendoza, hacen realidad la formación una Sociedad Científica para nuclear a todos los especialistas del interior y crean así las llamadas Jornadas Quirúrgicas de Cirugía Plástica del Interior. La primera reunión de éstas se realiza en Rosario en agosto de 1967, con la presidencia del Dr. Albertengo, y posteriormente en Córdoba, Mendoza y Mar del Plata. Es de destacar que el primer Congreso Argentino de Cirugía Plástica se realiza cuatro años después, organizado por la SACPER.

Las Jornadas de Cirugía Plástica del Interior fueron un encuentro científico y cultural que reunía a todos los cirujanos del país, incluidos los más destacados de Capital Federal, que concurrían invitados a él. Fueron sede Rosario, Córdoba, Mendoza, La Plata, Mar del Plata, Paraná y Bahía Blanca. Las Jornadas transcurrían durante tres o cuatro días e incluían cálidas reuniones de camaradería donde concurrían los asistentes junto a sus infaltables familiares, fruto de inmejorables amistades perdurables en el tiempo, acrecentando relaciones entre todos los cirujanos del país.

Posteriormente se establecieron contactos para unificar las reuniones científicas con la SACPER, y el primer paso se dio en Paraná con motivo de las IX Jornadas del Interior efectuadas con el VI

Congreso Argentino; la unificación se concretó en Mar del Plata, en las X Jornadas y VII Congreso Argentino realizados conjuntamente. Es imposible en este resumen detallar el camino recorrido por la Sociedad desde su fundación, pero destacamos la organización y realización de tres Congresos Argentinos, Cursos de posgrado permanentes, la organización anual de un Symposium Internacional de avances en cirugía estética, que comenzó durante la presidencia del Dr. Juan B. Albertengo con la presencia del profesor Dr. Jaime Planas, y continúa realizándose siempre con invitados extranjeros y nacionales. En 2009, en su 18va edición, se realizó el Symposium Internacional de Cirugía Estética Videoadsistida sobre actualización y controversias en cirugía mamaria estética y reparadora. La participación de sus miembros en la dirección de la SACPER fue constante así como la contribución científica y académica, y ejercieron la presidencia durante cuatro períodos con los Dres. Alberto Albertengo, Carlos Caviglia, Juan B. Albertengo y Ernesto Moretti.

Cuando la SACPER dispuso la regionalización de todo el país, Rosario pasa a integrar la Región Litoral. La Sociedad toma entonces el nombre de Sociedad de Cirugía Plástica Estética y Reparadora de Rosario y Litoral, que nuclea a las provincias de Santa Fe y Entre Ríos.

### PRESIDENTES

| Presidentes de la Sociedad de Cirugía Plástica, Estética y Reparadora de Rosario. |                     |
|---|---------------------|
| 1967  | Dr. A. Albertengo   |
| 1968  | Dr. E. Garré        |
| 1969  | Dr. L. Inchaurreaga |
| 1970  | Dr. A. Abriata      |
| 1971  | Dr. F. Funes        |
| 1972  | Dr. C. Caviglia     |
| 1973/74   | Dr. R. Suriano      |
| 1975/76   | Dr. J. Cortiñas     |
| 1977/78   | Dr. A. Albertengo   |
| 1979/80   | Dr. E. Abad         |
| 1981/82   | Dr. G. Gibbons      |
| 1983/84   | Dr. O. Freddi       |
| 1985  | Dr. G. Kesten       |
| 1986  | Dr. F. Funes        |
| 1987  | Dr. C. Alisieri     |
| 1988  | Dr. C. Albertengo   |
| 1989  | Dr. J. Albertengo   |
| 1990  | Dr. C. Boggione     |
| 1991  | Dr. J. Fernández    |
| 1992  | Dr. E. Raggi        |
| 1993  | Dr. G. Sandiano     |
| 1994  | Dr. A. Borgatello   |
| 1995  | Dr. J. C. Traverso  |
| 1996/97   | Dr. F. Soraires     |
| 1998  | Dr. R. Bacigalupo   |
| 1999/2000   | Dr. J. Rodríguez    |
| 2001/2002   | Dr. G. Hevilla      |
| 2003/2004   | Dr. E. Moretti      |
| 2005/2006   | Dr. G. Siemienczuk  |
| 2007/2008   | Dr. C. Zavalla      |
| 2009  | Dra. S. Filiciani   |
| 2010  | Dra. S. Filiciani   |

## SUS FUNDADORES:

- Alberto Albertengo.
- E. Garré.
- Luis Inchaurreaga.
- Mario Turich.
- Fernando Funes.
- A. Abriata.
- M. Duaigues.
- J. Wulfson.
- J. Severino.
- M. Alba
- A. Ameriso.
- F. Ameriso.
- L. Epstein.
- R. Litmanovich.
- A. Vaccaro.
- Carlos Caviglia.
- H. Perigo.
- Roberto Suriano.
- Reinaldo Bacigalupo.
- E. Losada.
- J. Minetti.



**Sentadas, de izquierda a derecha:** Betiana Ledesma, Secretaria Administrativa; Dra. Prof. Sandra Filiciani, Presidente. **De pie, de izquierda a derecha:** Dr. Néstor Paúl, Protesorero; Dr. Guillermo Iturraspe, Secretario General; Dr. Juan Carlos Traverso, Vocal; Dr. Carlos Zavalla, Vicepresidente; Dr. Juan Bautista Albertengo, Vocal; Dr. Carlos Arce, Secretario de Actas; Dr. Gustavo Tita, Vocal; Dr. Jorge Rodríguez, Tesorero.

## SOCIEDAD DE CIRUGÍA PLÁSTICA DE BUENOS AIRES

Para conocer el origen de la Sociedad de Cirugía Plástica de Buenos Aires hay que remitirse a la historia y a la buena memoria de los Miembros más antiguos, que vivieron esos momentos.

En 1971, el presidente de la Sociedad Argentina de Cirugía Plástica era el Dr. Aníbal Tambela, quien creó el Congreso Argentino de Cirugía Plástica. Hasta ese momento en la Argentina las actividades científicas a nivel nacional en Cirugía Plástica eran fundamentalmente dos: las Jornadas Rioplatenses de Cirugía Plástica, que se realizaban un año en Buenos Aires y un año en Uruguay; y las Jornadas de Cirugía Plástica del Interior, que tenían lugar en el interior del país.

Durante 1974-75 funcionaban en la Argentina la Sociedad Argentina de Cirugía Plástica, que representaba al país en el ámbito internacional; la Sociedad de Cirugía Estética, integrada por algunos miembros de la Sociedad Argentina, quienes realizaban sus Congresos; y la Federación de Cirujanos Plásticos del Interior, que realizaba Jornadas a las que también concurrían miembros de la Sociedad de Cirugía Estética.

La Sociedad Argentina aglutinaba a todos los cirujanos plásticos del país, pero para ser miembro titular de ésta había que tener cinco años de antigüedad como cirujano plástico o dos años de cirugía general y tres de cirugía plástica. Además, los cirujanos que deseaban ingresar debían presentar un trabajo científico en la Asociación

Médica Argentina (AMA), como único autor. El trabajo era evaluado por un jurado integrado por grandes cirujanos de esa época, como los Dres. Ernesto Malbec, Héctor Marino, Miguel Correa Iturraspe, Francisco Arespachoga y Jorge Niklison, entre otros. Ello implicaba que muchos colegas no pertenecieran a la Sociedad, porque los requisitos eran más que exigentes; y las filiales del interior solicitaban que los miembros de sus Sociedades pertenezcan a la Sociedad Argentina.

En 1976, en la ciudad de Paraná, se realizó el Congreso Argentino de Cirugía Plástica y las VI Jornadas de Interior. En la Asamblea de ese Congreso se formó una Comisión Mixta entre cirujanos del interior y cirujanos de Buenos Aires para debatir el reclamo de las filiales del interior, que exigían una mayor organización de la Sociedad Argentina como única instancia para evitar la total separación entre las Sociedades del interior (nucleadas en una Federación) y la Sociedad Argentina de Cirugía Plástica.

Lo que solicitaban los colegas del interior puede resumirse de esta manera:

1. Creación de la Sociedad de Cirugía Plástica de Buenos Aires.
2. Modificación del Reglamento de la SACPER para permitir:
  - a. La incorporación como Miembros Titulares de la SACPER de todos los miembros de las Sociedades del interior que figuraban en esta categoría en sus Sociedades.

- b. Que las elecciones de autoridades de la SACPER se realizaran durante el Congreso Anual. Que participaran de ella los miembros presentes y que dicha elección se efectuara por cargo y no por lista completa.
- c. Que las actividades de la Sociedad Argentina se limitaran a la organización del Congreso Anual y a las relaciones internacionales.

Las Sociedades del interior aceptaban que la sede de la Sociedad debía estar Buenos Aires, pero muchos cuestionaban su permanencia en la AMA. En esta Asamblea se elige una Comisión Mixta, que elabora una serie de pautas para la nueva organización de la Sociedad. Una Asamblea convocada en diciembre de 1976 no llega a ninguna solución y aprueba una moción en el sentido de que la Comisión Directiva del próximo año (1977) continuará con la prosecución de la búsqueda de dicha solución, y da por terminada la existencia de la Comisión Mixta.

La Comisión Directiva del año 1977 elabora un plan en el cual, si bien se acordaba la formación de la Sociedad de Buenos Aires, ésta se produciría recién cuando un número dado de Sociedades del interior contara con cierta cantidad de Miembros Titulares de la Sociedad Argentina (no de la Sociedad local). Hasta llegar a ese momento se proponía un cambio en el Reglamento que permitiera:

1. El aumento de los miembros de la Comisión Directiva de siete a diez miembros.
2. La obligación de que tres miembros de esta Comisión debían ser del Interior.
3. La incorporación del voto por correo, para facilitar el voto de todos los Miembros Titulares.
4. Que las Sociedades del Interior que llegaran a poseer cierta cantidad de Miembros Titulares de la Sociedad Argentina, podrían formar una nueva Sociedad local y que debía tener un Estatuto similar al de la Sociedad Argentina. Esta Sociedad tendría el derecho de elegir sus Miembros Titulares y éstos pasarían a ser Miembros de la Sociedad Argentina.

Llevado este plan a una Asamblea, ante la protesta de los colegas del Interior presentes, no fue aceptado, aprobándose solamente como base de discusión, discusión que debía continuar en Mar del Plata durante el Congreso Argentino.

Reunidos en Mar del Plata la Comisión Directiva de la Sociedad Argentina y los delegados de las Sociedades del Interior, se llega finalmente a un acuerdo. Dicho acuerdo fue tratado en Asamblea en el mes de diciembre del año 1977 y aprobado por unanimidad.

Lo resuelto fue lo siguiente:

- La Sociedad Argentina de Cirugía Plástica sigue siendo la misma; sección de la Asociación Médica Argentina.
- Creación sin ningún tipo de condicionamientos de la Sociedad de Cirugía Plástica de Buenos Aires.
- Los Miembros Titulares de las Sociedades del Interior serán aceptados como Miembros Titulares de la Sociedad Argentina

si certifican cinco años de ejercicio prioritario de la especialidad y hayan presentado al menos un trabajo científico en la Sociedad Argentina, en su Sociedad local, o en Congresos o Jornadas Nacionales o Internacionales. Esto también alcanza a los Miembros Adherentes de la Sociedad Argentina. Se aclara que es por única vez.

- La elección de autoridades se hará, como hasta ese momento, en la sede de la Sociedad y por lista completa. Pero dicha lista de candidatos deberá ser presentada durante el Congreso Anual y se incorporará en el reglamento el voto por correo, para aquellos Miembros Titulares que vivan a más de 60 km de la Capital Federal.

De esta forma se pudieron congeniar las dos posiciones, la del Interior que pedía elecciones durante el Congreso y la de la Sociedad Argentina que sostenía que la elección no podía realizarse, reglamentariamente, fuera de la Asociación Médica Argentina.

Con respecto a las actividades de la Sociedad Argentina, el nuevo reglamento establece que será la encargada de la organización del Congreso Anual, que se ocupará también de la docencia y de las relaciones internacionales; y también realizará por lo menos tres sesiones científicas en reunión conjunta con algunas de sus filiales.

A mediados del año 1978 en una Asamblea realizada en la sede de la Asociación Médica Argentina, sita en Santa Fe 1171, se fundó la Sociedad de Cirugía Plástica de Buenos Aires (SCPBA), que pasaría a ser Filial de la SACPER al igual que sus similares del interior. A dicha Asamblea concurrió un gran número de cirujanos plásticos citados por las autoridades de la Sociedad Argentina de Cirugía Plástica, Estética y Reparadora (SACPER).

A propuesta del Cirujano Maestro Prof. Dr. Ernesto Malbec, se aprobó que las primeras autoridades de la Sociedad fueran las mismas de la SACPER. De esta manera, la primera Comisión Directiva estuvo presidida por el Dr. Ulises de Santis, acompañado por los Dres. Víctor Nacif Cabrera como Vicepresidente, José Juri como Secretario General y la lista sigue.

En la misma Asamblea también se resolvió que el Dr. Nacif Cabrera fuera el Presidente de la Sociedad de Buenos Aires y conjuntamente el de la SACPER, por el período 1979/1980. Una vez creada la SCPBA, sus autoridades elaboraron un estatuto que fue aprobado por una nueva Asamblea. Dicha aprobación permitió, dentro del año calendario, realizar la elección de la futura Comisión Directiva.

En 1996 se comenzó a tramitar la Personería Jurídica, que fue aprobada en 1998.

Este nuevo status obligó a una nueva Asamblea y un reempadronamiento de los socios.

En el año 1998, presidido por el Dr. Abel Chajchir, se realiza el "1° Simposio Internacional de Cirugía Plástica hacia el Siglo XXI" como se lo llamó en ese momento y que luego del año 2000 se conoce como Simposio Internacional de Cirugía Plástica "Siglo XXI". La primera sede funcionó en la Asociación Médica Argentina; luego, en el año 1997, comenzó a compartir la Secretaría con la SACPER, en su oficina de Av. Santa Fe 1127 3° "E", y a partir de diciembre de 2001 en la sede actual de Av. Santa Fe 1611 3°.



## PRESIDENTES

- 1978/1979: Dr. Ulises De Santis  
1979/1980: Dr. Víctor Nacif Cabrera  
1980/1981: Dr. Pedro Mugaburu  
1981/1982: Dr. Enrique Gandolfo  
1982/1983: (†)Dr. Oris De Roa  
1983/1984: Dr. Raul Fernandez Humble  
1984/1985: Dr. Jorge Herrera  
1985/1986: Dr. Osvaldo Orduna  
1986/1987: Dr. Luis Albanese  
1987/1988: (†) Dr. Luis Diodato  
1988/1989: Dr. Manuel Viñal  
1989/1990: Dr. Paulino Morales  
1990/1991: Dr. José Cerisola  
1991/1992: Dr. Oscar Guarino  
1992/1993: (†) Dr. José Dos Santos  
1993/1994: Dr. Flavio Sturla  
1994/1995: Dr. Luis Margaride  
1995/1996: Dr. Abel Chajchir  
1996/1997: (†) Dr. Osvaldo Cudemo  
1997/1998: Dr. Enrique Gagliardi  
1998/1999: Dr. Jorge Buquet  
1999/2000: Dr. Andrés Gregoire  
2000/2001: Dr. Guillermo Flaherty  
2001/2002: Dr. Horacio García Igarza  
2002/2003: Dr. Víctor Oscar Vassaro  
2003/2004: Dr. Juan Carlos Seiler  
2004/2005: Dr. Carlos Reilly  
2005/2006: Dra. Martha Mogliani  
2006/2007: Dr. Luis Ginesin  
2007/2008: Dr. Vicente Hugo Bertone  
2008/2009: Dr. Jorge Raúl Patané  
2009/2010: Dr. Francisco Jorge Famá  
2010/2011: Dr. Guillermo Vázquez

# NOTICIAS SACPER

## Estimado colega:

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

## CURSO DE ACTUALIZACIÓN EN CIRUGÍA PLÁSTICA 2010

Comienza el 8 de junio de 2010.

Finaliza el 23 de noviembre de 2010.

Lugar: AMA (Av. Santa Fe 1171, CABA).

Organizado por la SACPER

Presidente: Dr. Carlos Reilly

Secretario: Dr. Juan José Marra

Director: Dr. Claudio Saladino

Secretarias: Dras. Lucila Mangas y Marisol López

## CURSO SUPERIOR DE ESPECIALIZACIÓN EN CIRUGÍA PLÁSTICA 2010

Marzo

Martes 2 - 19 hs - AMA

Presentación de casos clínicos quirúrgicos (alumnos de 2° año)

Martes 9 - 19 hs - AMA

Presentación de casos clínicos quirúrgicos (alumnos de 1° año)

Viernes 12 - 13 hs - SACPER

Examen parcial cuatrimestral (alumnos 1° y 2° año)

Mayo

Viernes 21 y sábado 22 - AMA

Jornadas del Bicentenario de Cirugía Plástica, Estética y Reparadora

Junio

Martes 1 a viernes 11 - SACPER

Recepción de inscripciones de postulantes

**Curso de Actualización en Cirugía Plástica 2010**

**Temario**

|   |   |   |  |
|---|---|---|--|
| <b>06/06/10</b><br>1) ENVEJECIMIENTO FACIAL I<br>MACS III con SMAS. Dr. Jorge Heredia.<br>MACS III vs. lifting con SMAS ampliado. Dr. Alberto Abudala.<br>Rejuvenecimiento facial no invasivo. Dr. Raúl Torregrosa.<br>Coordinador: Dr. Guillermo Galgani.                | <b>10/06/10</b><br>5) CIRUGÍA NASAL.<br>Tratamiento estético de la punta nasal. DR. VICENTE DE CAROLIS (CHILE).<br>Gentiliza Sr. Eugenio Lombardi.<br>Coordinador: Dr. César Noctis.  | <b>12/10/10</b><br>9) RECONSTRUCCIÓN MAMARIA<br>Reconstrucción con materiales aloplásticos. Dr. Walter Guastoni.<br>Mastectomías con conservación de areola y pezón.<br>Dr. Eduardo González.<br>Reconstrucción mamaria con gasa autóloga. Dr. Rencati.<br>Coordinador: Dr. Rubén Rozati. | <b>23/11/10</b><br>11) CIRUGÍA PEDIÁTRICA<br>Manejo integral del paciente con leuza labiovelopalatina. Dr. Sergio Polidella.<br>Tratamiento de malformaciones craneofaciales mediante distracción ósea. Dr. Pedro Dugliotti.<br>Plastia mamaria en la infancia y adolescencia. Dr. Mirza Moreno.<br>Coordinador: Dr. Rubén Aulung. |
| <b>22/06/2010</b><br>2) ENVEJECIMIENTO FACIAL II<br>Cirugía volumétrica periorbitaria. Dr. Eduardo Gallo.<br>Pexis de cejas. Dr. Sandra Filiziani.<br>Blefaroplastia no convencional. Dr. Francisco Enza.<br>Coordinador: Dra. Noa Petrali.                               | <b>24-8-2010</b><br>6) CIRUGÍA MAXILOFACIAL II<br>Cirugía estética y funcional de los maxilares. DR. ANTONIO MATOS DA FONSECA (PORTUGAL).<br>Gentiliza Walter Lopez Argentina.<br>Coordinador: Dr. Luis Margalide.  | <b>26/10/10</b><br>10) PROCEDIMIENTOS COMPLEMENTARIOS EN CIRUGÍA PLÁSTICA<br>Procedimientos mínimamente invasivos corporales.<br>Dr. Javier Vera Cochran.<br>Uso de fillos reafirmantes. Dr. Guillermo Galgani.<br>Mastopexia. Dra. María Paz Heredia.<br>Coordinador: Luis Heredia.      | <b>ARANCELES:</b><br>MEMBROS SACPER: SIN CARGO<br>MÉDICOS RESIDENTES Y EN FORMACIÓN: 2300 (según estado situación)<br>MIEMBROS FILIALES: \$450<br>OTROS PROFESIONALES: \$750   |
| <b>13/7/10</b><br>3) TRAUMATOLOGÍA MAXILOFACIAL<br>Enfoque del tratamiento del trauma paranasal. Dr. Jorge Cachomski.<br>Fracturas del tercio medio de la cara. Dr. Carlos Nájera.<br>Anquilosis temporomandibular. Dr. Darío Masera.<br>Coordinador: Dr. Juan Kipriotes. | <b>14/8/10</b><br>7) PTOSIS MAMARIA.<br>Reducción y pexis mamaria, sus e indicaciones de técnica. Dr. Aldo Mallara.<br>Mastopexia con técnica personal. Dr. Hugo Lucchini.<br>Mastopexia con técnica en T invertida. Dr. Carlos Reilly.<br>Mastopexia con implantes. Dr. Omar Ventura.<br>Coordinador: Dr. Enrique Gagliardi. | <b>9/11/10</b><br>11) QUEMADOS<br>Revisión conjunta con Asociación Argentina de Quemados.<br>Coordinador: Gustavo Pizzavento.   | <b>INFORMES:</b><br>SOCIEDAD ARGENTINA DE CIRUGÍA PLÁSTICA<br>Santa Fe 1011 3er piso, C.A.S.A.<br>TEL: 4816-3757<br>E-mail: sacper@sacper.org.ar   |
| <b>27/7/10</b><br>4) CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA<br>Reconstrucción nasal. Dr. Manuel Vidal.<br>Reconstrucción micro quirúrgica de cabeza y cuello. Dr. Anibal Mira Blanco II.<br>Plastia facial. Dra. Cristina Rivarot.<br>Coordinador: Dr. Juan Carlos Rodríguez.             | <b>28/9/10</b><br>8) CIRUGÍA DEL CONTORNO CORPORAL.<br>Dermolipectomías abdominales, metodología y tratamiento. Dr. Omar Pellicioni.<br>Liposucción ultrasonica. Dr. Agustín Ali.<br>Remodelación glútea. Marcelo Robles.<br>Coordinador: Dr. Guillermo Vázquez.  |   |  |

**Lunes 14 - 13 hs - SACPER**

Evaluación de currícula de postulantes

**Martes 15 - 19 hs - AMA**

Presentación de casos clínicos quirúrgicos (alumnos de 2º año)

**Martes 22 - 19 hs - AMA**

Presentación de casos clínicos quirúrgicos (alumnos de 1º año)

**Miércoles 23 - 13 hs - SACPER**

Examen final. Escrito (alumnos 3º año)

**Miércoles 23 - 15 hs - SACPER**

Examen de ingreso. Escrito (postulantes al Curso)

**Viernes 25 - 13 hs - SACPER**

Examen final. Oral (alumnos 3º año) - 1ª fecha

**Lunes 28 - 13 hs - SACPER**

Entrevista de ingreso. Oral (postulantes al Curso)

**Martes 29 - 12hs - SACPER**

Examen final. Oral (alumnos 3º año) - 2ª fecha

**Martes 29 - 14 hs - SACPER**

Examen parcial cuatrimestral. Oral (alumnos 1º y 2º año)

**Miércoles 30 - 14 hs - SACPER**

Reunión de postulantes seleccionados

Julio

**Jueves 1. Inicio de Cursada**

Octubre

**Lunes 11 - 19 hs - AMA**

Presentación de casos clínicos quirúrgicos (alumnos de 2º año)

**Martes 19 - 19 hs - AMA**

Presentación de casos clínicos quirúrgicos (alumnos de 1º año)

Noviembre

**Martes 2 - 14 hs - SACPER**

Examen parcial cuatrimestral. Oral (alumnos 1º y 2º año)

**COMENTARIO DEL 40º CONGRESO ARGENTINO DE CIRUGÍA PLÁSTICA**

En la Ciudad de Buenos Aires, del 13 al 16 de mayo de 2010, en el Hotel Sheraton, se llevó a cabo el Congreso Anual de nuestra Sociedad. Fueron cuatro días de confraternidad y aprendizaje.

Se contó con seis invitados extranjeros: el Dr. Daniel Baker (EE.

UU.), Roger Khouri (EE.UU.), Daniel Knize (EE.UU.), Daniel Knutti (Suiza), Foad Nahai (EE.UU.), Brian Kinney (EE.UU.), que disertaron sobre diversos temas de la especialidad.

Se realizaron Mesas Redondas sobre procedimientos no invasivos, liposucción, oncoplastia, mastoplastia de aumento, reductiva y reconstructiva, cirugía infantil, maxilofacial y fisurados.

En este Congreso se expusieron todos los temas que hacen a nuestra especialidad. Se realizó el Primer Meeting Argentino-Europeo en estética no invasiva; un Curso básico de Bioseguridad y uso de láseres en medicina, un Curso de ritidoplastia por el invitado extranjero Dr. Daniel Baker.

Se realizó un curso para esteticistas, auxiliares en cirugía plástica y cosmetólogas.

Se abordaron temas de Medicina Legal.

El relato oficial estuvo a cargo del Prof. Dr. Enrique Gagliardi:

**Mastoplastias de reducción.**

Se contó con más de 1.000 inscriptos.

Se usó una moderna tecnología para exhibición de los trabajos, E-posters y en E-papers.

Los Premios Senior, Junior e Investigación quedaron desiertos.

El Premio E-poster fue para el trabajo **Reconstrucción nasal compleja luego de carcinoma basocelular por técnica de Mohs**, de los autores Dres. Ernesto Parellada, Diego Pringles Daniel Lovera y Francisco Errea.

En E-papers fue premiado el trabajo **Angiosarcoma bilateral de mama. A propósito de un caso**, de los Dres. Pablo Manolio, José María Linares, Diego Franco y Sergio Vestidello.

El sábado 15 de mayo se celebró la Asamblea General Ordinaria de la SACPER. Se aprobó la gestión, memoria y balance 2009. Se eligieron como Miembros Honorarios a los Dres. Rodolfo Rojas y Julio Cianflone.

Se eligió la lista de autoridades para el año 2011, encabezada como Vicepresidente por la Dra. Martha O. Mogliani.

Este Congreso fue organizado por primera vez desde la Secretaría de la SACPER, por lo que felicitamos a las secretarías Sra. María Corina Fernández Humble, María Luciana Bresán y Florencia Colmano.

La organización comercial estuvo a cargo de la Sra. Pilar Ponce de León.

Felicitamos en nombre del Presidente del Congreso, Dr. Juan Carlos Seiler, a todos sus colaboradores por la incansable labor realizada y por el éxito logrado.

# NOTICIAS REGIONALES

## SOCIEDAD DE CIRUGÍA PLÁSTICA DE BUENOS AIRES

### SESIONES CIENTÍFICAS

#### Junio

**15 de junio - 21.00 hs - AMA**

Dr. Carlos Vila "Rinodesviación"

Dr. César Nocito "Rinoplastia Abierta"

Dr. Walter Servi "Rinoplastia Primaria Cerrada"

Dra. Fernanda Valotta "Reconstrucción Nasal"

#### Julio

**6 de julio - 21.00 hs - AMA**

Dr. Alberto Rancati: "Mastopexia de Aumento Simultáneo por Vía Periareolar"

Dr. Rubén Rosati: "Asimetría Mamaria"

Dr. Juan Carlos Ortega: "Manejo del Recambio Protésico"

Dr. Ricardo Bustos: "Mamoplastía: Un Tema a ser debatido"

## XV SIMPOSIO INTERNACIONAL DE CIRUGÍA PLÁSTICA SIGLO XXI

21 y 22 de octubre de 2010.

Palacio San Miguel- Ciudad de Buenos Aires

### Informes e Inscripción:

Secretaría de la SCPBA: Av. Santa Fe 1611, 3º piso. CABA

Tel: 4816-3757/ 0346

E-mail: [info@scpba.com.ar](mailto:info@scpba.com.ar)

Web: [www.scpba.com.ar](http://www.scpba.com.ar)



## SOCIEDAD DE CIRUGÍA PLÁSTICA DE LA PLATA

### REUNIONES

#### Marzo

**2º miércoles** - Reunión de Comisión Directiva

**4º miércoles** - Reunión científica (Trabajos libres)

#### Abril

**2º miércoles** - Reunión de Comisión Directiva

**4º miércoles** - Reunión científica (Disertante invitado)

#### Mayo

**2º miércoles** - Reunión de Comisión Directiva

**4º miércoles** - Reunión científica (Disertante invitado)

#### Junio

**2º miércoles** - Reunión de Comisión Directiva

**4º miércoles** - Reunión científica (Disertante invitado)

#### Julio

**2º miércoles** - Reunión de Comisión Directiva

**4º** Receso Invernal

#### Agosto

**2º miércoles** - Reunión de Comisión Directiva

**4º miércoles** - Reunión científica (Disertante invitado)

#### Septiembre

**2º miércoles** - Reunión de Comisión Directiva

**4º miércoles** - Reunión científica (Trabajos libres)

#### Octubre

**2º miércoles** - Reunión de Comisión Directiva

**4º miércoles** - Reunión científica (Disertante invitado)

#### Noviembre

**2º miércoles** - Reunión de Comisión Directiva

**4º miércoles** - Reunión científica (Disertante invitado)

#### Diciembre

**2º miércoles** - Reunión de Comisión Directiva

**4º miércoles** - Reunión científica (Trabajos libres)



## SOCIEDAD DE CIRUGÍA PLÁSTICA DE ROSARIO Y LITORAL



## SOCIEDAD DE CIRUGÍA PLÁSTICA DEL NORDESTE (NEA)

13 de marzo

MISIONES

Comisión Directiva

Comisión Organizadora del Congreso 2011

Reunión Científica: Cirugía Íntima Femenina.

9 y 10 de abril

CHACO

Comisión Directiva

Reunión Científica: Cirugía de Mamas

Dr. Martínez Sergio

8 de Mayo

FORMOSA

Comisión Directiva

Comisión Organizadora del Congreso 2011

Repaso de Trabajos a Miembro Titular SACPER

12 de Junio

CORRIENTES

Comisión Directiva

Comisión Organizadora del Congreso 2011

10 de Julio

MISIONES

Comisión Directiva y Reunión Científica

Comisión Organizadora del Congreso 2011

14 de Agosto

CHACO

Comisión Directiva

Comisión Organizadora del Congreso 2011

11 de Setiembre

FORMOSA

Comisión Directiva

Comisión Organizadora del Congreso 2011

Reunión Científica: FLAP y Malformaciones

8 y 9 de Octubre

CORRIENTES

Quemados: Reunión Científica con SCPNEA, AAQ y Hospital Pediátrico Juan Pablo II

13 de Noviembre

MISIONES

Comisión Directiva

Comisión Organizadora del Congreso 2011

11 de Diciembre

CORRIENTES

Asamblea General Ordinaria

## SOCIEDAD DE CIRUGÍA PLÁSTICA DEL NOROESTE (NOA)

23-24 de abril

Curso de Actualización en Cirugía Estética Mamaria, Salón Auditorio de Colegio Médico de Salta - Salta

13-16 de mayo

40° Congreso Argentino de Cirugía Plástica, Sheraton Buenos Aires & Convention Center - CABA.

11 de junio

IX Jornada Universitaria de Cirugía Plástica - Edificio San José - UCA - CABA.

16-17 de julio

VIII Jornadas de Cirugía Plástica de Tucumán

III Jornadas de Residentes y Médicos en Formación en Cirugía Plástica - San Miguel de Tucumán.

31 de julio

I Jornadas de Actualización en Cirugía Plástica, American Palace Hotel - San Fernando del Valle de Catamarca.

02-03 de septiembre

I Congreso Argentino para Residentes y Médicos en formación en Cirugía Plástica y Jornada Regional de Rosario y Litoral. Rosario

01-02 octubre

VIII Simposio Internacional Cirugía Plástica - Sheraton Salta. Salta

Curso Procedimientos mini-invasivos en Cirugía Plástica

Encuentro Internacional Exalumnos Profesor Ewaldo Souza Pinto

21- 22 de octubre

Simposio Siglo XXI - SCPBA - CABA.