

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 3 | AÑO 2010



## COMISIÓN DIRECTIVA SACPER

Período 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 Inchaurreaga

### 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. Ernesto Moretti (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 FILIALES

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@scpbba.org.ar

Vicepresidente en ejercicio de la Presidencia: Dr.

Rubén E. Rosati

**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 17° 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                                                                                                                                                                           | 100 |
| Expansión tisular controlada en lesión grave de cuero cabelludo<br><i>Carlos Arce, Efraín Arredondo, Rafael Orengo, Carlos Rodríguez, Juan José Marchiano, Adalberto Borgatello</i> | 101 |
| Variación hematológica posoperatoria en dermolipectomías<br><i>Walter Giustozzi, Aldo Chinellato, Ariel Petroni, Rodrigo Fernández Coria</i>                                        | 105 |
| Reconstrucción faringoesofágica en un tiempo quirúrgico<br><i>Alejandro A. Quispe, Carlos D. García, Sergio Vestidello</i>                                                          | 106 |
| Planos en prótesis mamarias<br><i>Javier Vera Cucchiaro, Gustavo Abrile</i>                                                                                                         | 116 |
| Jornadas del Bicentenario de Cirugía Plástica, Estética y Reparadora<br><i>Ricardo J. Losardo, José M. Viñas</i>                                                                    | 120 |
| Noticias SACPER                                                                                                                                                                     | 121 |
| Noticias de Filiales                                                                                                                                                                | 122 |
| Comentario de las VI Jornadas Nacionales Interdisciplinarias de Fisura Labio Naso Alvéolo Palatinas<br><i>Martha O. Mogliani</i>                                                    | 124 |
| Reglamento de Publicaciones                                                                                                                                                         | 125 |



# ¡COMPROMISO!

---

*Quiero desde este lugar agradecer la confianza que volvieron a depositar en mí para que siguiera editando esta revista.*

*Sé que en el “hacer” se pueden cometer errores u omisiones. Les pido disculpas y condescendencia por ellos, pues mi empeño está puesto siempre en la mejora y aprendizaje.*

*Cuando nos comprometemos tomamos una decisión, tenemos un momento de claridad y decidimos que vale la pena. El compromiso en todos los órdenes de la vida es continuo y debe hacerse y renovarse cada día.*

*Estar comprometido con una causa significa que a veces estaremos solos y que habrá personas que querrán que fracasemos. Y otras veces, al menos cuando tengamos éxito, se alegrarán por ello. Pero de algo podemos estar seguros: se nos pondrá a prueba. No sobre nuestra decisión, sino sobre nuestro compromiso.*

*Sabemos, desde antes de tomar nuestras decisiones y compromisos, que éstos tendrán un costo; y debemos estar de acuerdo con el precio a pagar.*

*Cuando decidimos tomar un compromiso, tenemos que visualizarlo en nuestra mente, observar y evaluar la tarea, el esfuerzo y la probabilidad de fracaso o triunfo para, de acuerdo con el resultado de este análisis, decidir si vale la pena tomarlo, sabiendo que no siempre se disfrutará de lo que se hace. Pero esto es parte del precio que se paga por llegar a la meta.*

*Hoy vuelvo a renovar mi compromiso de hace diez años para con “la Revista”, pero fundamentalmente con todos ustedes, para que la SACPER, con una trayectoria de más de cincuenta años, tenga una Revista que refleje a sus miembros y su nivel científico.*

*Nuevamente, ¡gracias!*

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

# EXPANSIÓN TISULAR CONTROLADA EN LESIÓN GRAVE DE CUERO CABELLUDO

Carlos Arce<sup>1</sup>, Efraín Arredondo<sup>1</sup>, Rafael Orengo<sup>1</sup>, Carlos Rodríguez<sup>1</sup>, Juan José Marchiano<sup>1</sup>, Adalberto Borgatello<sup>1</sup>

1. Servicio de Cirugía Plástica y Reparadora, Hospital Provincial del Centenario, Rosario, Pcia de Santa Fe, Rep. Argentina.

Correspondencia: Dr. Carlos Arce, Bv. Oroño 655, Rosario CP (2000) Santa Fe, Rep. Argentina | E-mail: drcfarce@hotmail.com

## RESUMEN

Las lesiones de partes blandas de cuero cabelludo producen secuelas estéticas graves si no comprometen la vida de los pacientes, y se comparan con las secuelas de quemaduras. En pacientes pediátricos, la superficie de la cabeza determina una superficie grande en relación con el resto del cuerpo, lo que implica una mayor necesidad de tejidos a reconstruir en el caso de lesiones graves.

La expansión tisular ofrece importantes beneficios en comparación con otras alternativas de reconstrucción, que generan suficiente tejido pero a la vez dan lugar a un gran déficit en la zona donante. La expansión proporciona tejidos de similares características en color, textura y sensibilidad; y sobre todo, las unidades pilosas permanecen indemnes para cubrir las zonas con cuero cabelludo. Las desventajas son que se necesita más tiempo durante la insuflación paulatina y mayor tolerancia de los pacientes en cuanto a las molestias (dolor) y al defecto estético que genera en el cuero cabelludo (1-Coiffman 1994).

## INTRODUCCIÓN

La expansión tisular nos ha proporcionado una herramienta para obtener resultados más satisfactorios que los anteriores, especialmente en cirugía reconstructiva de cabeza y cuello, en la cual las propiedades físicas y la apariencia estética del área reconstruida deben semejarse lo más posible al resto del tejido circundante. La piel expandida tiene generalmente un color y grosor excelente, así como otras propiedades físicas que concuerdan con el área del defecto, además de estar por lo común bien innervada. En contraste con los injertos libres, los colgajos expandidos son más fiables que los colgajos tradicionales.

## HISTORIA

La flaccidez de pared abdominal posterior al embarazo o después de una pérdida masiva de peso ya permitía en tiempos remotos conocer las propiedades elásticas de la piel. También la costumbre de estirar los labios inferiores en las mujeres del Chad, en el África ecuatorial, al igual que el estiramiento del cuello en las mujeres *padaung* en Burma, demostraron que el estiramiento artificial es posible.

Pero las primeras publicaciones médicas aparecieron a partir de 1957. Nemann expandió un tubo de poliuretano para reconstrucción auricular al insuflar aire. Sin éxito, la técnica cayó en el olvido, hasta que en los años 70 Radovan diseñó los implantes con válvulas (Congreso de la Sociedad Americana de Cirugía Plástica, Boston 1976) (Radovan, 1984; Argenta, 1984). Eric Austad inventó el expansor autoinflable (Austad, 1986). Posteriormente, en la década de los 80, autores como Argenta, Nordsröm, Brent y otros fueron quienes confirmaron la utilización de la expansión tisular para la reconstrucción de múltiples zonas con resultados excelentes.

## INDICACIONES DE LA EXPANSIÓN TISULAR

La expansión de tejidos es una herramienta que proporciona un reemplazo hístico ideal con mínimas cicatrices y en la mayoría de los casos el te-

jido donante expandido posee características casi perfectas de color, textura, sensibilidad y retención de estructuras anexas, especialmente pelo, lo que hace una indicación precisa en reconstrucción de cuero cabelludo.

## CAMBIOS HISTOLÓGICOS

La epidermis permanece normal y la dermis se halla adelgazada, en algunos especímenes histológicos humanos se ha comprobado disrupción del colágeno y estrías superficiales. El tejido muscular parece atrofiarse algún grado debido a la presión, y adelgaza de manera permanente.

Puede decirse que hay una proliferación celular como compensación a la expansión y un adelgazamiento debido al estiramiento y a la necrosis por presión, como sucede con el tejido graso.

Se ha demostrado también un incremento en la red capilar alrededor de la cápsula muy valiosa para la supervivencia de los colgajos de la piel expandida siempre y cuando dicha cápsula quede intacta.

## MATERIAL Y MÉTODO

### Cuadro clínico

Paciente de 3 años, ingresa por guardia por severa lesión de cuero cabelludo por arrancamiento provocada por el atrapamiento del cabello en una calesita. Al examen físico se constató pérdida de sustancia en región biparietal de aproximadamente 12 por 8 cm, con exposición de calota y zonas de necrosis de periostio. Ingresó con sus signos vitales estables y de inmediato la interna el Servicio de Pediatría con analgesia y antibioticoterapia endovenosa.

### Planeamiento quirúrgico

#### Toilettes y curaciones

- Toilete quirúrgica al ingreso. Resección de bordes de piel desvitalizados, abundante lavado y curación húmeda con gasa furcinadas (**Fotos 1, 2 y 3**).





Foto 1. Lesión al ingreso.



Foto 2. Lesión al ingreso.



Foto 3. Lesión al ingreso.



Foto 4. Expansores colocados e insuflados.



Foto 5. Expansores colocados e insuflados.



Foto 6. Expansores colocados e insuflados.

- A las 48 horas se realiza la segunda toilette, en donde realizamos escoplado de tabla externa del periostio desvitalizado para obtener buen tejido de granulación.
- Curaciones y control de la herida en sala.
- A los 7 días del ingreso, con buen estado de la herida y tejido de granulación sangrante del periostio, se procede a realizar el injerto de piel parcial con zona donante de la cara anterior del muslo.



**Foto 7.** Avance de los colgajos hacia la línea media.



**Foto 8.** Avance de los colgajos hacia la línea media.

**Foto 9.** Excelente resultado en el posoperatorio alejado.

**Foto 10.** Excelente resultado en el posoperatorio alejado.

**Foto 11.** Excelente resultado en el posoperatorio alejado.

**Foto 12.** Excelente resultado en el posoperatorio alejado.

#### Colocación de expansores

- A los 45 días del prendimiento total del injerto se colocan dos expansores rectangulares de 200 cc, con válvula remota con incisión por el borde externo de la cicatriz.
- Insuflación por consultorio externo a partir de los 15 días y dos veces por semana.
- Insuflación total 300 cc, con buena tolerancia por parte de la paciente (**Fotos 4, 5 y 6**).





### Colgajos de avance

- Se programa el retiro de los expansores y el avance de los colgajos hacia la línea media.
- Buena cantidad de piel llega sin tensión de los colgajos parietocipitales (**Fotos 7 y 8**).
- Excelente cobertura con buen crecimiento del cabello y resultado estético.

### CONCLUSIÓN

La expansión tisular es un excelente método de reconstrucción especialmente en cuero cabelludo, debido a la poca elasticidad de la piel de dicha zona y el plano rígido que aporta la calota craneana; este procedimiento brinda una gran cantidad de tejido para coberturas de grandes pérdidas de sustancia y por sobre todo en cuero cabelludo, en donde aportar unidades pilosas es primordial para un resultado estético superlativo (**Fotos 9 a 12**).

### REFERENCIAS

- Argenta L. *Controlled tissue expansion in the reconstructive surgery*. *Plastic Surgery* 1984;37(4):520.
- Radovan C. *Tissue expansion in the soft tissue reconstruction*. *Plastic Reconstructive Surgery* 1984;74(4):482.
- Expansión tisular en reconstrucción de defectos craneofaciales. *Rev Española de Cirugía Oral y Maxilofacial* 2004;26:304-305.
- Alfonso Quetglas M. *Expansores hísticos*. Coiffman F, 2ª E. Salvat 1994.
- *Tissue expansion in the repair of facial defects*. Cheney M, 259. *Facial Plastic*, Cheney M, Ed 1997.

# VARIACIÓN HEMATOLÓGICA POSOPERATORIA EN DERMOLIPECTOMÍAS

Walter Giustozzi<sup>1</sup>, Aldo Chinellato<sup>2</sup>, Ariel Petroni<sup>2</sup>, Rodrigo Fernández Coria<sup>3</sup>

1. Cirujano Plástico y Cirujano General. Miembro Titular de la Sociedad Argentina y Rosarina de Cirugía Plástica. 2. Cirujanos Plásticos y Cirujanos Generales. Miembros adherentes de la Sociedad Rosarina de Cirugía Plástica. 3. Cirujano General y residente de Cirugía Plástica. Instituto Cardiovascular de Rosario. Rosario, Rep. Argentina.

## RESUMEN

**Antecedentes.** La tétrada deformante de la pared abdominal está constituida por la obesidad, la distensión abdominal, la gravidez y la diastasis muscular.

**Objetivo.** Demostrar la variación que tienen el Hto y Hb con relación al porcentaje del peso corporal total que representan los colgajos dermograsos extirpados, tomando como parámetro el obtenido a las 24 hs. de la cirugía y a los 7 días.

**Lugar de realización:** Instituto Cardiovascular de Rosario.

**Diseño.** Estudio prospectivo observacional.

**Población.** Se analizaron prospectivamente 93 pacientes operados en el Servicio de Cirugía Plástica entre el 1 de agosto del 2007 y el 31 de diciembre de 2008.

**Métodos.** Las variables analizadas fueron la modificación que tienen el Hto y la Hb en relación al % de peso corporal total que representan los colgajos extirpados, debiendo cumplir para el ingreso al estudio ciertos requisitos.

**Resultados.** El promedio de descenso del Hto a las 24 hs es de 6,19% y el de Hb a las 24 hs de 1,9 g/l; a los 7 días, es de 3,84% y 1,25 g/l respectivamente.

**Conclusiones.** Comprender la importancia de una correcta preparación prequirúrgica de los pacientes para evitar complicaciones en el posoperatorio inmediato y alejado, mejorando así la selección de estos para disminuir la morbilidad de esta cirugía.

## SUMMARY

**Background.** The deforming tetrad of the abdominal wall is formed by obesity, abdominal distension, gravity and muscle diastases.

**Objectives.** Show the variation of the hematocrit and hemoglobin in relation to the percentage of the total body mass that represents the fatty skin folds extirpated, taken as a parameter the one obtained 24 hs after surgery and after 7 days.

**Place of study.** Instituto Cardiovascular de Rosario.

**Design:** Observational prospective study.

**Population.** 93 patients who underwent an operation at the plastic surgery service were prospectively analyzed between August, 1st 2007 and December, 31st 2008

**Methods.** The variables analyzed were the modification of the hematocrit and the hemoglobin in relation to the percentage of total body mass that represents the skin folds extirpated, having the patients to fulfill certain requirements.

**Results.** The average decrease of the hematocrit 24 hs after surgery was of 6,19% and the hemoglobin of 1,9 g/l and 7 days later was of 3,84% and 1,25 g/l respectively.

**Conclusion.** Understand the importance of a correct presurgical care of the patients to avoid immediate and distant postoperative complications, bettering in this way the selection of them so as to diminish the morbidity of this surgery

## INTRODUCCIÓN

La pared abdominal protege y sirve de continente, forma la cavidad abdominal por su parte anterior, compuesta por la piel, tejido graso y diferentes grupos musculares. El ombligo es un importante y esencial componente estético del abdomen.<sup>1,2</sup> Las deformidades de esta pared son frecuentes en nuestro medio, causan serios trastornos estéticos, funcionales y psicológicos y además constituyen motivo de consulta en los Servicios de Cirugía Plástica de las pacientes que la padecen.<sup>3</sup>

La tétrada deformante de la pared abdominal está constituida por la obesidad, la distensión abdominal, la gravidez y la diastasis muscular.<sup>4</sup>

Inicialmente, la cirugía abdominal estuvo dirigida a solucionar problemas funcionales (hernias) y más tarde se popularizó la dermolipectomía para tratar el abdomen péndulo.

Demars y Marx describieron una dermolipectomía abdominal en un paciente en 1890.

Kelly (en el Johns Hopkins Hospital) realizó una lipectomía abdo-

minal transversa en 1899, consistente en una incisión transversa extendiéndose a flancos, resección del panículo abdominal, herniorrafia y cierre sin despegamiento.

En 1910 comenzó el uso de esta técnica de dermolipectomía abdominal únicamente con fines estéticos.

Gaudel y Morestin combinaron la lipectomía transversa abdominal superior con herniorrafia, preservando el ombligo (1905, Francia). Weinhold (Alemania, 1909) publicó una combinación de incisiones verticales y oblicuas formando una lipectomía.

Desjardin (1911) describió una lipectomía abdominal vertical con resección de 22,5 kg.

Jolly (1911) publicó la lipectomía transversa abdominal baja.

Babcock (1916) fue el primero en realizar un amplio despegamiento. Describió una incisión vertical elíptica con amplio despegamiento del contorno abdominal y la pelvis.

Schepelmann (1918) mejoró la incisión pasando de una elipse vertical a una incisión vertical con forma de lágrima o gota de agua, permitiendo la resección de grandes cantidades del exceso abdominal predominantemente inferior.

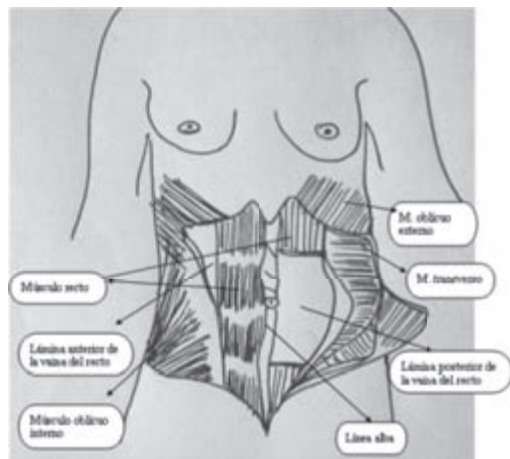


Figura 1. Esquema de la anatomía de la pared abdominal (Manual SECPRE).

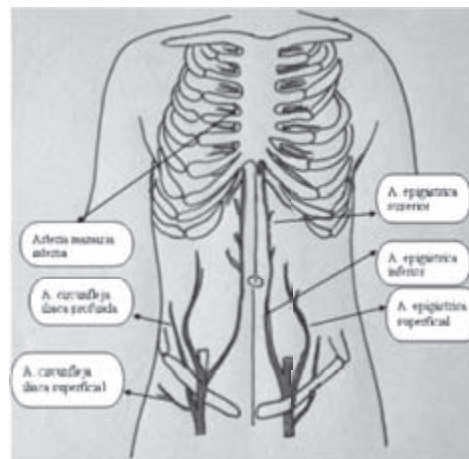


Figura 2. Esquema de la vascularización de la pared abdominal (Manual SECPRE).

Thorck (1939) describió la *adipectomía plástica*, consistente en una incisión en forma de media luna colocada bajo el ombligo, con resección del exceso de piel y grasa abdominal hasta el plano fascial. Si se requiere, moviliza el ombligo y lo transplanta como un injerto compuesto al final de la cirugía.

Vernon (1957) realizó una incisión transversa baja abdominal con despegamiento y transposición del ombligo.

Spadafora (1965) utilizó una incisión ondulada que seguía el monte del pubis (más baja que la de Vernon) cruzando el pliegue inguinal y curvándose hacia la espina iliaca anterosuperior lateralmente.

Callia (1967) realizó una incisión similar, que permanecía bajo el pliegue inguinal lateralmente. Esto proporcionaba la posibilidad de hacer lifting del muslo superior con cicatrices poco visibles. Pitanguy (1967) publicó su incisión para abdominoplastia. Entre los principios de su estudio se encontraban: incisiones bajas abdominales e inguinales poco visibles, despegamiento subcutáneo hasta márgenes costales, onfaloplastia transversa, refuerzo aponeurótico muscular y compresión posoperatoria.

Regnault publicó su técnica en "W" para lipectomía abdominal en 1972, con modificaciones en 1975 y 76. La incisión comienza en la línea del vello púbico, bajando lateralmente alrededor del monte del pubis hasta el pliegue inguinal y luego asciende lateralmente. Minimizó la migración superior del pubis. Enfatizó el avance medial del colgajo al suturarlo para evitar las orejas de perro. Colocó al paciente en una posición semiflexionada en la mesa de operaciones para disminuir la tensión durante el cierre.

Gracer (1973) publicó 44 casos de lipectomía abdominal realizada con incisión en el pliegue cutáneo inferior natural de la pared abdominal. Sigue siempre dentro de la línea del bikini sin bajar al pliegue inguinal o al muslo. También combina dos tercios de sus abdominoplastias con otros procedimientos. Planas (1978) presentó su incisión inicial extendiéndose desde el ombligo en diagonal hasta la extensión lateral de la incisión inferior transversa planeada. Se disecciona el abdomen superior y se avanza el colgajo hacia abajo.



Figura 3. Del Manual SECPRE.

## ANATOMÍA DEL ABDOMEN

Superficie definida por las unidades estéticas del abdomen, que se relacionan con la distribución del tejido graso:

- **6 en el varón:** epigastrio, periumbilical, abdomen inferior, pubis, flancos y sacro.
- **7 en la mujer:** las mismas que en el varón, más las zonas de los rodetes grasos de la espalda.

Existen dos capas musculares con 4 músculos pares:

- **Capa vertical:** músculos rectos y músculos oblicuos externos.
- **Capa interna:** músculos oblicuos internos y transversos, que sobre todo empujan en dirección horizontal (Figura 1).

La formación de los vasos sanguíneos, la innervación y el sistema linfático de la pared abdominal se producen en la 2ª, 3ª y 4ª semanas del desarrollo embrionario (Moore, 1973). La Figura 2 muestra un esquema de los vasos que irrigan la pared abdominal.

El desarrollo del tronco empieza con la pared posterior del cuerpo y termina en la anterior. La musculatura abdominal se desarrolla en la semana 12<sup>a</sup>.

Se distinguen tres zonas anatómicas en la pared abdominal (**Figura 3**), sobre la base de su aporte sanguíneo, innervación y drenaje linfático (Nahai, Brown y Vasconez):

- **Zona I.** Área entre los bordes laterales de la vaina, el músculo recto desde la apófisis xifoides y el margen costal, y la línea entre las espinas ilíacas anterosuperiores. La vascularización de esta zona deriva de las ramas superficiales de vasos epigástricos superiores e inferiores y secundariamente de vasos que desde la zona III cruzan la línea media. Es la vascularización predominante en la región abdominal no tratada.
- **Zona II.** Área bajo la línea entre las espinas ilíacas anterosuperiores hasta el pubis y los pliegues inguinales. La vascularización deriva de ramas superficiales de vasos circunflejos ilíacos y pudenda externa y secundariamente de ramas de vasos circunflejos ilíacos profundos que van por la zona III, cruzan y se superficializan en la zona II.
- **Zona III.** Área lateral a la zona I y superior a la II. La vascularización de esta zona deriva de ramas perforantes posteriores y laterales de vasos intercostales, subcostales y lumbares.

El drenaje linfático bajo el ombligo va a ganglios inguinales y sobre él a ganglios axilares.

La innervación motora y sensitiva deriva de nervios torácicos intercostales por debajo del 7° y de ramas iliohipogástricas del 1° nervio lumbar. El aporte sensitivo al ombligo deriva de la 10° vértebra torácica.

Existen múltiples técnicas quirúrgicas ofrecidas a través de la historia para la realización de este tipo de cirugía; puesto que no constituyen la finalidad de este estudio, solo nombramos en la **Tabla 1** un resumen de indicaciones y tratamientos propuestos:

| Tipo | Laxitud cutánea | Laxitud musculofacial | Obesidad abdominal inferior | Tratamiento                     |
|------|-----------------|-----------------------|-----------------------------|---------------------------------|
| I    | Mínima          | No                    | Sí                          | Liposucción                     |
| II   | Sí              | En abdomen inferior   | Sí                          | Miniabdominoplastia             |
| III  | Sí              | Inf. y sup. moderada  | Sí                          | Abdomino modificada             |
| IV   | Sí              | Inf. y sup. severa    | Sí                          | Abdomino estándar + liposucción |

## MATERIALES Y MÉTODOS

Se analizaron prospectivamente 93 pacientes operados en el Servicio de Cirugía Plástica entre el 1 de agosto de 2007 y el 31 de diciembre de 2008, a quienes se les practicaron dermolipectomía. Todos fueron preparados de igual forma en el prequirúrgico; se tomó como premisa, para la realización de la cirugía, un valor de hematocrito de 36% como mínimo y de hemoglobina de 11 g/l. Todos recibieron hierro prequirúrgico como mínimo 1 mes antes, vía oral, para aumentar las reservas de este mineral. De esta serie, 4 de los pacientes fueron sometidos a dermolipectomía vertical por poseer cirugías previas. Sólo 7 pacientes fueron some-

tidos a cirugía combinada: junto a una mastoplastia reductora en 2 ocasiones, a implante mamario en 4 y junto a histerectomía en 1 caso. Todas fueron sometidas a anestesia raquídea, salvo las pacientes que recibieron cirugía combinada en la que se utilizó anestesia general. La hidratación intraoperatoria fue de 2500 cc de suero fisiológico. Las pérdidas sanguíneas intraoperatorias fueron cuantificadas y oscilaron entre 80 y 120 cc en todos los casos. Todos los pacientes tuvieron un plan de hidratación de 3000 cc en 24 hs y fueron movilizados dentro de las primeras 5 horas de posoperatorio, comenzando con deambulación e ingesta. Todos fueron tratados con antibioticoterapia prequirúrgica y continuaron durante 1 semana con ATB profiláctico. La internación no superó las 24 hs en ninguno de los casos y todos fueron externados al día siguiente de la cirugía. Los pacientes fueron operados por el mismo equipo quirúrgico y en ninguno de los casos la cirugía duró más de 2:30 hs.

La intención de este trabajo es demostrar la variación que tienen el Hto y la Hb en relación con el porcentaje del peso corporal total que representan los colgajos dermograsos extirpados, tomando como parámetro los resultados de las variables obtenidos a las 24 hs y a los 7 días de la cirugía –se utilizaron los últimos para evitar alteraciones en los resultados que puedan corresponderse a cierto grado de hemodilución– y comparándolos con el prequirúrgico y con el porcentaje de peso corporal total que representan los colgajos dermograso en cada paciente. La finalidad fue comprender la importancia de una correcta preparación prequirúrgica para evitar complicaciones en el posoperatorio inmediato y alejado, mejorar así la preselección de los pacientes y, en consecuencia, poder disminuir la morbilidad de esta cirugía.

## RESULTADOS

### Sexo (**Tabla 2**)

90 mujeres (96,77%) y 3 hombres (3,23%).

|         | n  | %      |
|---------|----|--------|
| Mujeres | 90 | 96,77% |
| Hombres | 3  | 3,23%  |
| Total   | 93 | 100%   |

### Técnica quirúrgica (**Tabla 3**)

Las técnicas quirúrgicas utilizadas fueron dermolipectomía transversal 82 (88,17%), dermolipectomía vertical 4 (4,30%), y dermolipectomía combinada con otra cirugía 7 (7,53%). No se incluyeron cirugías combinadas con liposucción ya que ya está demostrado el descenso del hematocrito en éstas y escapa a la intención de este trabajo. Las cirugías combinadas fueron en 2 ocasiones con mastoplastia reductora, con implante mamario en otras 4 y con histerectomía en 1 ocasión.

|                             | n  | %      |
|-----------------------------|----|--------|
| Dermolipectomía transversal | 82 | 88,17% |
| Dermolipectomía vertical    | 4  | 4,30%  |
| Dermolipectomía combinada   | 7  | 7,53%  |
| Total                       | 93 | 100%   |

Tabla 4. Resultados del estudio.

| Peso del paciente (kg) | Peso del colgajo (g) | Porcentaje del peso corporal del colgajo | Hcto y Hb prequirúrgico |      | Hto y Hb a las 24 hs |      | Hto y Hb a los 7 días |      | Descenso de Hto y Hb a las 24 hs |      | Descenso de Hto y Hb a los 7 días |      |
|------------------------|----------------------|------------------------------------------|-------------------------|------|----------------------|------|-----------------------|------|----------------------------------|------|-----------------------------------|------|
| 80                     | 1600                 | 2,0%                                     | 43                      | 13,1 | 36                   | 10,6 | 35                    | 11,3 | -7                               | -2,5 | -8                                | -1,8 |
| 69                     | 630                  | 0,91%                                    | 37                      | 12,2 | 30                   | 9,8  | 36                    | 12   | -7                               | -2,4 | -1                                | -0,2 |
| 54                     | 470                  | 0,87%                                    | 41                      | 13,3 | 34                   | 11,1 | 36                    | 11,8 | -7                               | -2,2 | -5                                | -1,5 |
| 52                     | 60                   | 0,11%                                    | 37                      | 11,9 | 35                   | 11,4 | 36                    | 11,5 | -2                               | -0,5 | -1                                | -0,4 |
| 57                     | 770                  | 1,35%                                    | 42                      | 13,5 | 38                   | 12,4 | 40                    | 13,1 | -4                               | -1,1 | -2                                | -0,4 |
| 60                     | 400                  | 0,66%                                    | 42                      | 14   | 35                   | 11,4 | 35                    | 11,5 | -7                               | -2,6 | -7                                | -2,5 |
| 63                     | 620                  | 0,98%                                    | 37                      | 12   | 31                   | 10,7 | 35                    | 11   | -6                               | -1,3 | -2                                | -1   |
| 46 A) (                | 220                  | 0,47%                                    | 42                      | 13,6 | 35                   | 11   | 36                    | 11,6 | -7                               | -2,6 | -6                                | -2   |
| 57                     | 550                  | 0,96%                                    | 39                      | 12,6 | 36                   | 11,3 | 37                    | 12,3 | -3                               | -1,3 | -2                                | -0,3 |
| 55 A) (                | 720                  | 1,30%                                    | 37                      | 12   | 31                   | 10   | 33,5                  | 10,7 | -6                               | -2   | -3,5                              | -1,3 |
| 59                     | 330                  | 0,55%                                    | 41                      | 13,6 | 33                   | 11   | 38                    | 11,9 | -8                               | -2,6 | -4                                | -1,7 |
| 54                     | 1200                 | 2,22%                                    | 44,2                    | 14,3 | 39                   | 12,9 | 41,4                  | 13,3 | -5,2                             | -1,4 | -2,8                              | -1   |
| 49                     | 360                  | 0,73%                                    | 36,5                    | 11,4 | 33                   | 10,9 | 34                    | 11,3 | -3,5                             | -0,5 | -2,5                              | -0,1 |
| 50                     | 270                  | 0,54%                                    | 40                      | 13,1 | 33                   | 11   | 38                    | 12,5 | -7                               | -2,1 | -2                                | -0,6 |
| 72                     | 285                  | 0,39%                                    | 49                      | 15,7 | 41                   | 13,5 | 39                    | 13,4 | -8                               | -2,2 | -10                               | -2,3 |
| 55                     | 590                  | 1,07%                                    | 37                      | 12   | 32                   | 10,2 | 36                    | 11,8 | -5                               | -1,8 | -1                                | -0,2 |
| 82                     | 1670                 | 2,03%                                    | 42                      | 13,5 | 31                   | 10,5 | 37                    | 12   | -11                              | -3   | -5                                | -1,5 |
| 58                     | 1100                 | 1,89%                                    | 41                      | 13,7 | 29                   | 9,7  | 34,5                  | 11,1 | -12                              | -4   | -6,5                              | -2,6 |
| 53                     | 500                  | 0,94%                                    | 36,5                    | 11,9 | 31                   | 10,2 | 35                    | 11,5 | -5,5                             | -1,7 | -1,5                              | -0,4 |
| 54                     | 340                  | 0,62%                                    | 37                      | 11,8 | 30                   | 10   | 35                    | 11,5 | -7                               | -1,8 | -2                                | -0,3 |
| 67                     | 710                  | 1,05%                                    | 37,5                    | 12,1 | 31                   | 10,3 | 34,5                  | 11,1 | -6,5                             | -1,8 | -3                                | -1   |
| 65                     | 550                  | 0,84%                                    | 42                      | 13,7 | 34                   | 11,3 | 36                    | 12   | -8                               | -2,4 | -6                                | -1,7 |
| 69                     | 400                  | 0,57%                                    | 41                      | 13,5 | 37                   | 12   | 39                    | 12,8 | -4                               | -1,5 | -2                                | -0,7 |
| 83                     | 300                  | 0,36%                                    | 48                      | 14,8 | 43                   | 14   | 45                    | 14,2 | -5                               | -0,8 | -3                                | -0,6 |
| 67                     | 1100                 | 1,64%                                    | 38                      | 12,5 | 30                   | 9,8  | 33                    | 11,4 | -8                               | -2,7 | -5                                | -1,1 |
| 60                     | 460                  | 0,76%                                    | 40                      | 13,3 | 37                   | 12   | 38                    | 12,5 | -3                               | -1,3 | -2                                | -0,8 |
| 90                     | 2500                 | 2,77%                                    | 37                      | 12   | 34                   | 11,4 | 35                    | 11,6 | -3                               | -0,6 | -2                                | -0,4 |
| 57                     | 300                  | 0,52%                                    | 37,6                    | 12,5 | 33                   | 11   | 36                    | 11,8 | -4,6                             | -1,5 | -1,6                              | -0,7 |
| 54                     | 260                  | 0,48%                                    | 39                      | 11,9 | 33                   | 10,8 | 33,2                  | 10,6 | -6                               | -1,1 | -5,8                              | -1,3 |
| 58                     | 410                  | 0,70%                                    | 42                      | 13,8 | 34                   | 11,3 | 36,5                  | 11,3 | -8                               | -2,5 | -5,5                              | -2,5 |
| 54                     | 190                  | 0,35%                                    | 40                      | 13   | 5                    | 11,5 | 38                    | 12   | -5                               | -1,5 | -2                                | -1   |
| 51                     | 220                  | 0,43%                                    | 40                      | 12,9 | 33                   | 11,1 | 38                    | 12,2 | -7                               | -1,8 | -2                                | -0,7 |
| 64                     | 600                  | 0,93%                                    | 46                      | 15,1 | 41                   | 13,8 | 40                    | 13,1 | -5                               | -1,4 | -6                                | -2   |
| 54                     | 350                  | 0,64%                                    | 36,2                    | 12,1 | 36                   | 11,8 | 36,1                  | 11,9 | -0,2                             | -0,3 | -0,1                              | -0,2 |
| 57                     | 440                  | 0,77%                                    | 43                      | 14,1 | 35                   | 11,5 | 34,9                  | 11,3 | -8                               | -2,6 | -8,1                              | -2,8 |
| 64 ) (B                | 1540                 | 2,40%                                    | 42                      | 13,5 | 32                   | 10,5 | 34                    | 11,4 | -10                              | -3   | -8                                | -2,1 |
| 62                     | 860                  | 1,38%                                    | 38,9                    | 13,2 | 36                   | 11,8 | 37,9                  | 12,5 | -2,9                             | -1,4 | -1                                | -0,7 |
| 64 ) (B                | 850                  | 1,32%                                    | 36,9                    | 12,6 | 31                   | 10,1 | 33                    | 11   | -5,9                             | -2,5 | -3,9                              | -1,6 |
| 76                     | 470                  | 0,61%                                    | 40                      | 12,6 | 32                   | 10,4 | 35                    | 11,2 | -8                               | -2,2 | -5                                | -1,4 |
| 57                     | 510                  | 0,89%                                    | 43                      | 13,7 | 34                   | 11,4 | 37                    | 12   | -9                               | -2,3 | -6                                | -1,7 |
| 62                     | 920                  | 1,48%                                    | 38                      | 12,7 | 35                   | 11,5 | 36                    | 12,5 | -3                               | -1,2 | -2                                | -0,2 |
| 81                     | 1200                 | 1,48%                                    | 39,5                    | 12,7 | 29                   | 9,4  | 31                    | 10,1 | -10,5                            | -3,3 | -8,5                              | -2,6 |
| 65                     | 620                  | 0,95%                                    | 38                      | 11,8 | 35                   | 11,5 | 36                    | 11,6 | -3                               | -0,3 | -2                                | -0,2 |
| 75                     | 880                  | 1,17%                                    | 39                      | 12,5 | 28                   | 9,3  | 33                    | 11   | -9                               | -3,2 | -6                                | -1,5 |
| 92                     | 2500                 | 2,71%                                    | 38,8                    | 13   | 32                   | 10,5 | 35                    | 11,4 | -6,8                             | -2,5 | -3,8                              | -1,6 |
| 74                     | 1100                 | 1,48%                                    | 44                      | 14,3 | 36                   | 11,7 | 39                    | 12,5 | -8                               | -2,6 | -5                                | -1,8 |
| 65                     | 420                  | 0,64%                                    | 39                      | 13,7 | 35                   | 12,5 | 37                    | 12,9 | -4                               | -1,2 | -2                                | -0,8 |
| 88                     | 1700                 | 1,93%                                    | 42                      | 13,6 | 36                   | 11,4 | 37                    | 11,1 | -6                               | -2,2 | -5                                | -2,5 |
| 72                     | 1720                 | 2,38%                                    | 48                      | 16,2 | 40                   | 13   | 42                    | 13,5 | -8                               | -3,2 | -6                                | -2,7 |
| 52                     | 180                  | 0,34%                                    | 37                      | 12,3 | 33                   | 11   | 35                    | 11,8 | -4                               | -1,3 | -2                                | -0,5 |
| 66                     | 1050                 | 1,59%                                    | 44                      | 14,3 | 36                   | 11,8 | 38                    | 12,2 | -6                               | -2,5 | -4                                | -2,1 |
| 67                     | 1630                 | 2,43%                                    | 41                      | 13,6 | 31                   | 10,3 | 32                    | 10,1 | -10                              | -3,3 | -9                                | -3,5 |
| 73                     | 1100                 | 1,50%                                    | 42                      | 14,2 | 29                   | 9,5  | 36                    | 11,7 | -13                              | -4,7 | -6                                | -2,5 |
| 85                     | 2200                 | 2,58%                                    | 40,6                    | 13,3 | 36                   | 11,6 | 38                    | 12,3 | -4,6                             | -1,7 | -2,6                              | -1   |
| 56                     | 290                  | 0,51%                                    | 39                      | 12,8 | 30                   | 10,3 | 35                    | 12   | -9                               | -2,5 | -4                                | -0,8 |
| 64                     | 630                  | 0,96%                                    | 36                      | 11,5 | 30                   | 10,1 | 35                    | 11,3 | -6                               | -1,4 | -1                                | -0,2 |
| 48                     | 440                  | 0,91%                                    | 38                      | 12,4 | 33                   | 10,9 | 34                    | 11   | -5                               | -1,5 | -4                                | -1,4 |
| 64                     | 720                  | 1,12%                                    | 37                      | 11,8 | 29                   | 9,2  | 33                    | 10   | -8                               | -2,6 | -4                                | -1,8 |
| 52 A) (                | 380                  | 0,73%                                    | 36                      | 11,5 | 29                   | 9,5  | 34                    | 11   | -7                               | -2   | -2                                | -0,5 |
| 67                     | 450                  | 0,67%                                    | 37                      | 12,3 | 30                   | 10,1 | 33                    | 11   | -7                               | -2,2 | -4                                | -1,3 |



**Tabla 4.** Resultados del estudio (continuación)..

| Peso del paciente (kg) | Peso del colgajo (g) | Porcentaje del peso corporal del colgajo | Hcto y Hb prequirúrgico |      | Hto y Hb a las 24 hs |      | Hto y Hb a los 7 días |      | Descenso de Hto y Hb a las 24 hs |      | Descenso de Hto y Hb a los 7 días |      |
|------------------------|----------------------|------------------------------------------|-------------------------|------|----------------------|------|-----------------------|------|----------------------------------|------|-----------------------------------|------|
| 54                     | 420                  | 0,77%                                    | 35                      | 12   | 30                   | 9,5  | 32                    | 11,5 | -5                               | -2,5 | -3                                | -0,5 |
| 61                     | 640                  | 1,04%                                    | 39                      | 12,8 | 32                   | 10,5 | 35                    | 11,8 | -7                               | -2,3 | -4                                | -1   |
| 57                     | 280                  | 0,49%                                    | 39                      | 12,1 | 34                   | 11,1 | 37                    | 11,8 | -5                               | -1   | -2                                | -0,3 |
| 60                     | 920                  | 1,53%                                    | 40                      | 13,2 | 35                   | 11,4 | 37                    | 12   | -5                               | -1,8 | -3                                | -1,2 |
| 56                     | 320                  | 0,57%                                    | 39                      | 12,9 | 35                   | 10,9 | 37                    | 11,5 | -4                               | -2   | -2                                | -1,4 |
| 84                     | 2060                 | 2,45%                                    | 36                      | 11,8 | 29                   | 9,5  | 32                    | 10   | -7                               | -2,3 | -4                                | -1,8 |
| 69                     | 1250                 | 1,81%                                    | 40                      | 13,4 | 33                   | 11   | 36                    | 12   | -7                               | -2,4 | -4                                | -1,4 |
| 56                     | 720                  | 1,28%                                    | 38                      | 12,2 | 32                   | 10   | 37                    | 12   | -6                               | -2,2 | -1                                | -0,2 |
| 54                     | 370                  | 0,68%                                    | 42                      | 13,4 | 33                   | 11   | 36                    | 11,5 | -9                               | -2,4 | -6                                | -1,9 |
| 94                     | 800                  | 0,85%                                    | 44                      | 14,5 | 37                   | 12,4 | 39                    | 13   | -7                               | -2,1 | -5                                | -1,5 |
| 63                     | 670                  | 1,06%                                    | 36                      | 11,2 | 30                   | 9,5  | 32                    | 10   | -6                               | -1,7 | -4                                | -1,2 |
| 56                     | 580                  | 1,03%                                    | 39                      | 12,8 | 30                   | 10   | 35                    | 11   | -9                               | -2,8 | -4                                | -1,8 |
| 66                     | 580                  | 0,98%                                    | 43                      | 13,5 | 36                   | 11,8 | 38                    | 12   | -7                               | -1,7 | -5                                | -1,5 |
| 65                     | 750                  | 1,15%                                    | 36                      | 11,3 | 31,5                 | 9,8  | 33                    | 10   | -5,5                             | -1,5 | -3                                | -1,3 |
| 69                     | 1100                 | 1,59%                                    | 42                      | 13,2 | 34                   | 10,1 | 37                    | 11   | -8                               | -3,1 | -5                                | -2,2 |
| 63                     | 1040                 | 1,65%                                    | 41                      | 13,1 | 33                   | 10,8 | 38                    | 12,2 | -8                               | -2,3 | -3                                | -0,9 |
| 79                     | 2900                 | 3,67%                                    | 42,5                    | 13,2 | 33                   | 10,1 | 34                    | 11,2 | -9,5                             | -3,1 | -8,5                              | -2   |
| 71                     | 960                  | 1,35%                                    | 37,3                    | 12,6 | 32                   | 10,5 | 33                    | 10,8 | -5,3                             | -2,1 | -4,3                              | -1,8 |
| 52 A)                  | ( 280                | 0,53%                                    | 40                      | 13,1 | 29                   | 9,5  | 36                    | 11   | -11                              | -3,6 | -4                                | -2,1 |
| 75                     | 1200                 | 1,60%                                    | 39                      | 12,8 | 30                   | 9,9  | 35                    | 11   | -9                               | -2,9 | -4                                | -1,8 |
| 66                     | 600                  | 0,90%                                    | 41                      | 13,8 | 30                   | 9,8  | 33                    | 10,5 | -11                              | -4   | -8                                | -3,3 |
| 60                     | 650                  | 1,08%                                    | 39                      | 13   | 33                   | 10,7 | 37                    | 11   | -6                               | -2,3 | -2                                | -2   |
| 68                     | 880                  | 1,29%                                    | 40                      | 13,3 | 34                   | 11,4 | 36                    | 12   | -6                               | -1,9 | -4                                | -1,3 |
| 58                     | 550                  | 0,94%                                    | 36                      | 11,4 | 32                   | 10,8 | 34                    | 11   | -4                               | -0,6 | -2                                | -0,4 |
| 77                     | 1620                 | 2,10%                                    | 44                      | 14,4 | 37                   | 12,2 | 39                    | 12,5 | -7                               | -2,2 | -5                                | -1,9 |
| 68                     | 600                  | 0,88%                                    | 36                      | 11,8 | 29                   | 9,8  | 33                    | 10,5 | -7                               | -2   | -3                                | -1,3 |
| 79                     | 650                  | 0,82%                                    | 39                      | 13,1 | 35                   | 11,4 | 38                    | 12   | -4                               | -1,7 | -1                                | -1,1 |
| 74                     | 1100                 | 1,48%                                    | 38                      | 12,6 | 29                   | 9,4  | 31                    | 10   | -9                               | -3,2 | -7                                | -2,6 |
| 74                     | 750                  | 1,01%                                    | 38                      | 12,4 | 31                   | 10   | 33                    | 10,5 | -7                               | -2,4 | -5                                | -1,9 |
| 63 (C)                 | 390                  | 0,61%                                    | 40                      | 12,9 | 35                   | 11,4 | 39                    | 12,7 | -5                               | -1,5 | -1                                | -0,2 |
| 83                     | 1720                 | 2,07%                                    | 36                      | 12   | 28                   | 9,5  | 32                    | 10   | -8                               | -2,5 | -4                                | -2   |
| 82                     | 1800                 | 2,19%                                    | 40                      | 13   | 33                   | 10,5 | 35                    | 11   | -7                               | -2,5 | -5                                | -2   |
| 75                     | 1420                 | 1,89%                                    | 37                      | 12,4 | 30                   | 10   | 32                    | 10,5 | -7                               | -2,4 | -5                                | -1,9 |

(A): cirugía combinada con implante. (B): cirugía combinada con mastoplastia reductora. (C): cirugía combinada con histerectomía.

En la **Tabla 4** se exponen los resultados obtenidos en el estudio.

En el análisis de los resultados obtenidos podemos observar que el promedio de descenso del Hto a las 24 hs. es de 6,19% y el de Hb a las 24 hs de 1,9 g/l, y a los 7 días de 3,84% y 1,25 g/l, respectivamente. Para un mejor estudio, dividimos al total de los pacientes en tres grupos de acuerdo con el % del peso corporal total con respecto al peso del colgajo dermograso en: los que pesaron menos de 0,5%, entre 0,5 y 1 % y en más del 1 %:

A 9 pacientes se les extrajo menos del 0,5% del peso corporal total. El promedio de descenso de Hto a las 24 hs fue de 5,44% y de Hb de 1,48 g/l, y a los 7 días de 3,75% y 0,98 g/l.

A 38 pacientes se les extrajo entre 0,5 y 1% del peso corporal total. El promedio de descenso de Hto a las 24 hs fue de 6,15% y de Hb de 1,84 g/l, y a los 7 días de 3,40% y 1,16 g/l.

A 46 pacientes se les extrajo 1% del peso corporal total o más. El promedio de descenso de Hto a las 24 hs fue de 6,99% y de Hb de 2,38 g/l, y a los 7 días de 4,39% y 1,61 g/l.

## DISCUSIÓN

Para la corrección de los defectos deformantes del abdomen se describen diferentes técnicas quirúrgicas de dermolipectomía, horizontales, verticales y mixtas.<sup>12</sup> El predominio de la utilización de las técnicas horizontales en nuestro estudio está dado porque ellas resultan más estéticas al quedar la cicatriz resultante a nivel del surco infraabdominal, siguiendo las líneas de tensión de la piel,<sup>13</sup> y resulta poco visible, lo que tiene buena aceptación por las pacientes.

Analizando los resultados podemos observar que, extrañamente, y en contra de lo que creíamos al establecer los parámetros de búsqueda y relación en este trabajo prospectivo, el descenso de los valores de Hto y Hb no tienen una relación directamente proporcional con el peso de los colgajos extirpados, como tampoco tiene relación la magnitud del descenso con la realización de procedimientos quirúrgicos combinados.

Nuestro mayor asombro se produjo, entonces, no en los porcentajes de descenso ni en las combinaciones quirúrgicas, sino en el valor real de disminución de Hb y Hto en todos los procedimientos de dermolipectomía, dato que nos llevó a revalorizar fuertemente la selección y la preparación prequirúrgica de los pacientes, con el único objetivo de brindarles mayor bioseguridad.

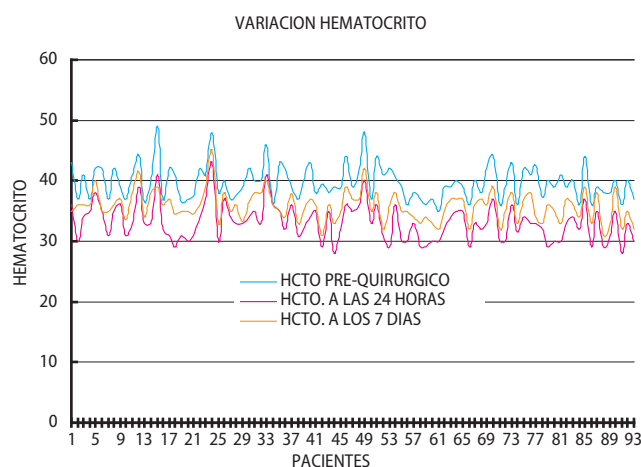


Figura 4. Variación del hematocrito.

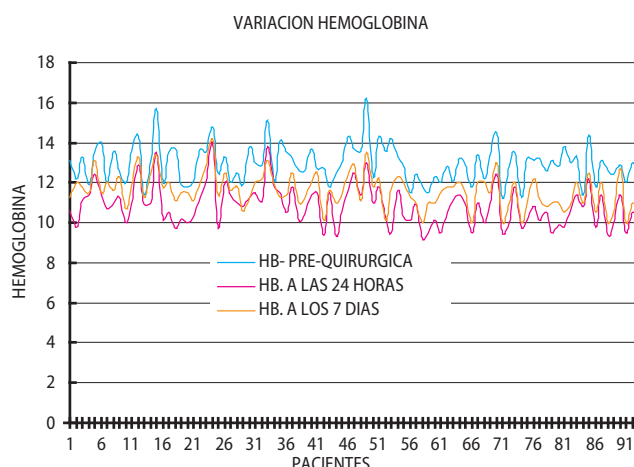


Figura 5. Variación de la hemoglobina.

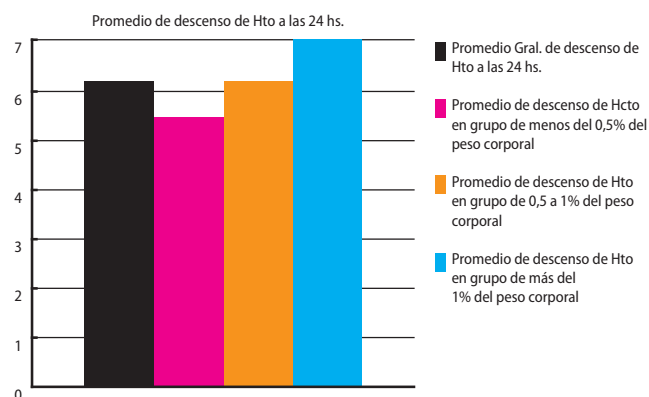


Figura 6. Promedio de descenso del hematocrito a las 24 horas.

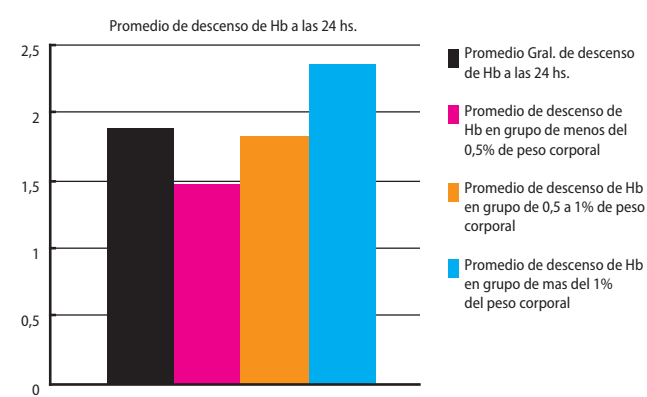


Figura 7. Promedio de descenso de la hemoglobina a las 24 horas.

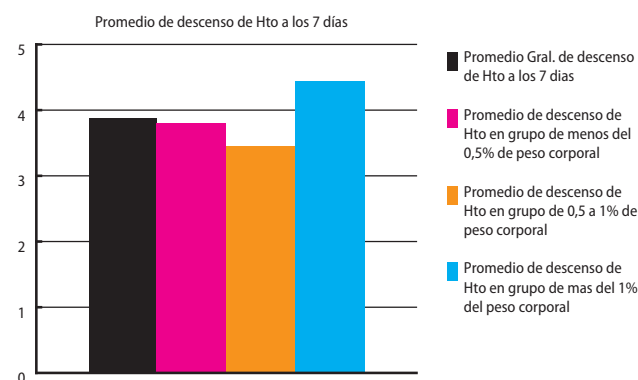


Figura 8. Promedio de descenso del hematocrito a los 7 días.

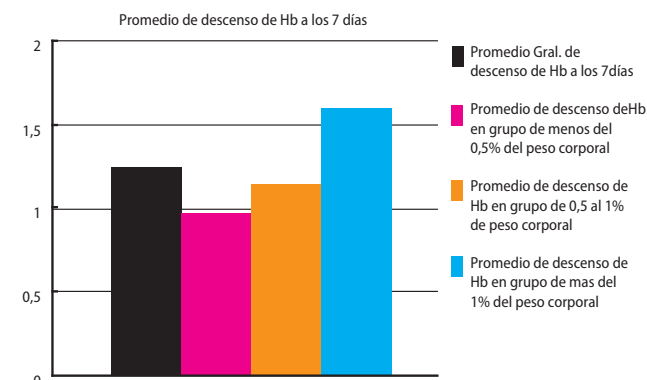


Figura 9. Promedio de descenso de la hemoglobina a los 7 días.

Si analizamos los cuadros de promedios de descenso veremos que tienen la misma gráfica tanto para la Hb como para el Hto, por lo que podemos decir que el descenso de dichos valores tie-

ne cierta relación y paralelismo, y no se comportan de la misma manera si se los relaciona con el peso corporal extraído en los colgajos.

## CONCLUSIONES

1. La variación del Hto y la Hb en las 24 hs y a los 7 días no se relaciona en forma directamente proporcional con el peso del colgajo extraído.
2. La realización de cirugías combinadas no incrementa el descenso de los parámetros medidos.
3. El descenso de los valores de Hto y Hb a las 24 hs y a los 7 días no es despreciable.
4. La disminución de la Hb y el Hto se mantienen proporcionales y en un paralelismo que no depende del peso de los colgajos ni de la combinación de las cirugías.
5. Enfocar con mucha responsabilidad y compromiso el momento de la preselección de los pacientes que serán sometidos a este procedimiento.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Akbas H, Guneren E, Eroglu L, Uysal OA. Natural looking umbilicus as an important part of abdominoplasty. *Aesthetic Plast Surg* 2003;27(2):139-142.
2. Santanelli F, Mazzocchi M, Renzil L, Cigna E. Reconstruction of natural-looking umbilicus. *Scand J Plast Reconstr Surg Hand Surg* 2002;36(3):183-185.
3. Mandel Mark A. Combine abdominoplasty and lipocontouring operations. In: Toledo LS. *Annals of International Symposium: recent advances in Plast Surg* 1997:177-182.
4. Castro CC, Salema R, Aboudib J, Jos H, Gradel H. Como se comporta na abdominoplastia nun abdomen com cicatriz previa. *J Bras Ginecol* 1997(11-12):523.
5. González Ulloa MD. Deformaciones abdominales: técnica integral de tratamiento. En: Coiffman F. *Cirugía plástica, reconstructiva y estética*. 2 ed. T4. Barcelona: Editorial Científico-Técnica; 1994. p. 3096-3105.
6. Saldanha OR, De Souza Pinto EB, Mattos WN Jr, Pazetti CE, Lopes Bello EM, Rojas Y, dos Santos MR, de Carvalho AC, Filho OR. Lipoabdominoplasty with selective and safe undermining. *Aesthetic Plast Surg* 2003;27(4):322-327.



# RECONSTRUCCIÓN FARINGOESOFÁGICA EN UN TIEMPO QUIRÚRGICO

**Alejandro A. Quispe<sup>1</sup>, Carlos D. García<sup>2</sup>, Sergio Vestidello<sup>3</sup>**

1. Jefe de Residentes de Cirugía Plástica. 2. Subjefe del Servicio de Cirugía Plástica. 3. Jefe del Servicio de Cirugía Plástica. Servicio de Cirugía Plástica. Hospital Nacional "Prof. Dr. Alejandro Posadas". Provincia de Buenos Aires. Rep. Argentina.

## RESUMEN

En el presente artículo presentamos el caso clínico de un paciente de sexo masculino de 68 años, con antecedente de cáncer de laringe, al cual se le realizó laringuectomía total por el Servicio de Otorrinolaringología y posterior radioterapia.

Fue derivado a nuestro Servicio con tres ostomas cervicales.

Se planifica su resolución quirúrgica planteándose las distintas opciones reconstructivas. Dentro de ellas contamos con una amplia variedad, que van de las más simples a las más complejas, acorde a cada caso clínico en particular.

En este caso se resolvió mediante la utilización de colgajos locorregionales, con restitución del tránsito alimentario sin complicaciones posoperatorias.

## SUMMARY

In this article we describe a case, 68 years old male, with previous laryngeal cancer, who was received total laryngectomy and radiotherapy.

He arrived with three cervical ostomies.

A surgical resolution is planned about different reconstructive options. There are multiples techniques for the resolution in the different cases.

In this case we decided to use a loco-regional flap, with restitution of alimentary transit without complications.

## INTRODUCCIÓN

El faringostoma es una secuela que puede presentarse luego de resecciones tumorales extensas de la laringe, que deriva en un déficit de aporte nutricional con el consecuente mal estado general, repercusión psicológica y mala calidad de vida.

Las posibilidades de reconstrucción se deben adecuar a la condición clínica general y local del paciente.

## CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 68 años, con antecedentes de alcoholismo crónico, tabaquista, mal estado de las piezas dentarias con diagnóstico de carcinoma epidermoide de laringe por el que es operado por el Servicio de Otorrinolaringología del nosocomio. Se realiza laringuectomía total con vaciamiento ganglionar bilateral y radioterapia posterior.

El paciente es derivado a nuestro Servicio al año de la cirugía. Clínicamente se observa la presencia de tres ostomas cervicales, que corresponden a faringe, tráquea y esófago (**Figura 1**), con la consiguiente sialorrea persistente, sonda de alimentación esofágica y tutorización permanente de vía aérea.

A pesar de haber recibido radioterapia previa (contraindicación relativa), por su precario estado general elegimos en primera instancia la utilización de colgajos regionales, reservando para una eventual complicación procedimientos mayores.

## OPCIONES TERAPÉUTICAS

- Cutáneas (Mikulicz).
- Colgajo lateral de piel del cuello (Wookey).
- Colgajo deltopectoral (Bakamjian).

- Colgajos miocutáneos (pectoral).
- Digestivas:
  - Pediculadas (colónicas).
  - Trasplantes libres (yeyuno).
- Colgajo libre (radial).

### Colgajo de Mikulicz (1886)

Consiste en la inversión de un colgajo de piel cervical basado en la rica vascularización de la piel del cuello, formando un nexo tubular de piel entre los ostomas faríngeo y esofágico. El lecho cruento resultante de esta movilización es cubierto con un colgajo miocutáneo de platysma por deslizamiento de lateral a medial. El músculo cutáneo del cuello o platysma posee una segura vascularización provista por la arteria cervical trasversa (rama de la subclavia) como pedículo principal, y pedículos de menor importancia constituidos por ramas de la arteria tiroidea superior, de la arteria auricular y de la mastoidea.

### Colgajo de Wookey (1942)

Su diseño se basa en dos colgajos; el primer colgajo invertido de piel horizontal del cuello cubre el ostoma faríngeo y la cobertura de este tubo de piel invertido por medio de un colgajo lateral músculo cutáneo de platysma.

### Colgajo deltopectoral (Bakamjian -1965)

Este colgajo trasporta piel de la región deltoidea sobre un pedículo horizontal de piel pectoral de base paraesternal, cuyos límites corresponden al borde inferior de la clavícula (superior) el inferior por arriba del pezón, la base del colgajo abarca los cuatro primeros espacios intercostales a 1 o 2 cm. del borde esternal para conservar las ramas perforante dependientes de la arteria mamaria interna.

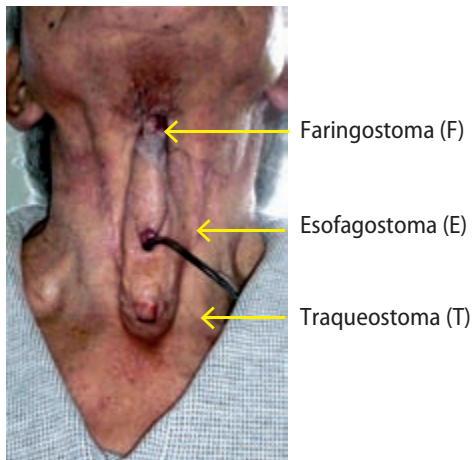


Figura 1. Se observan los ostomas cervicales con sonda de alimentación.

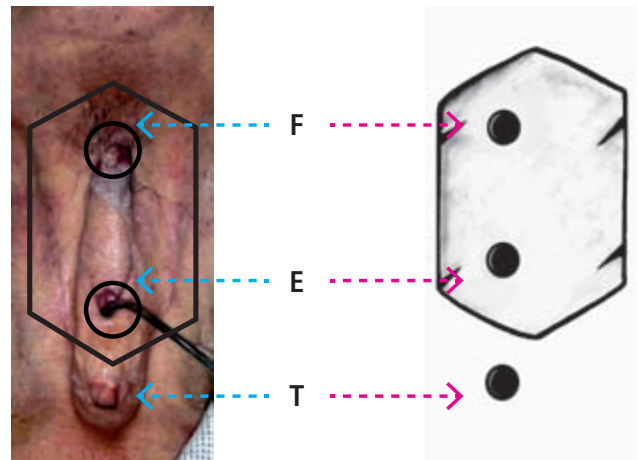


Figura 2. Esquema de la marcación de colgajos.

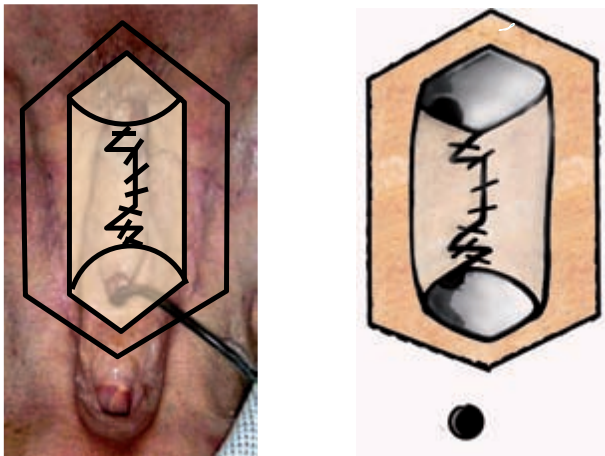


Figura 3. Esquemas del tallado y tubulación del colgajo.

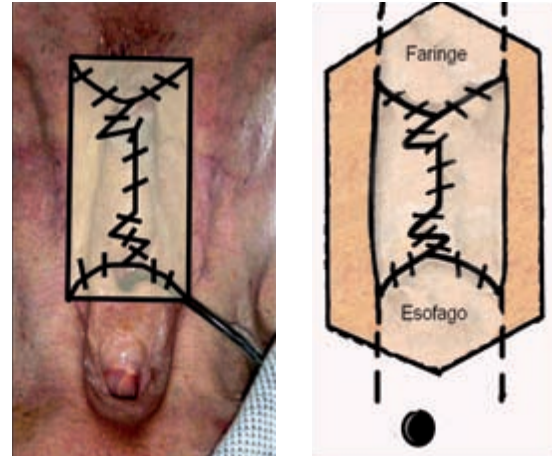


Figura 4. Esquemas del cierre del tubo.

### Colgajo miocutáneo

Ariyan, en 1977, describe el colgajo músculo-cutáneo basado en el pedículo vascular dominante que procede de la arteria toracoacromial (rama de la arteria axilar), emerge a la altura del tercio medio de la clavícula y discurre por la superficie profunda del músculo en dirección axial, hacia el apéndice xifoides.

Con este colgajo se obtiene suficiente cantidad de piel de buena calidad; según algunas publicaciones el porcentaje de estenosis es hasta un 20% debido al grosor de este colgajo al tabularlo en la reconstrucción y de fístulas un 15%.

### Transposición de vísceras abdominales

Se prefiere el colon descendente por sus paredes más gruesas y con mejor irrigación sanguínea, pese a que la elección depende de los estudios angiográficos preoperatorios, los hallazgos intraabdominales y la presencia o ausencia de divertículos significativos.

El abordaje puede ser subesternal o por vía del mediastino o vía subcutánea. Las ventajas de este colgajo incluyen una longitud adecuada e irrigación sanguínea buena; las desventajas incluyen la posible necrosis y filtración en la anastomosis cervical.

Cuando se hace transposición de yeyuno, éste no llega más allá del cayado de la aorta por la longitud limitada de sus vasos. El yeyuno como colgajo libre requiere anastomosis microvascular, y generalmente reemplaza solo al esófago cervical.

### Colgajo libre antebraquial radial

Conocido como colgajo chino (Yang), se basa en la arteria radial, rama de la arteria humeral, a nivel de la parte superior del antebrazo, donde se sitúa entre el supinador largo y el palmar mayor y se hace superficial en el surco del pulso, antes de anastomosarse con la arteria cubital a nivel de los arcos palmares; está acompañada de dos venas satélites.

Los límites del colgajo son 4 cm debajo del pliegue del codo y 4 cm arriba de la muñeca, con una pastilla de piel máxima de 25 × 12 cm; las arterias se anastomosan a nivel del cuello a las ramas de las arterias carótida externa, tiroidea superior, lingual o facial. Las anastomosis venosas se realizan al tronco tiro-linguo-facial (Farabeuf) o sus ramas, lo cual asegura un buen retorno venoso. La complicación más frecuente de este colgajo es la necrosis y las fístulas.





Figura 5. Cierre con z-plastia.

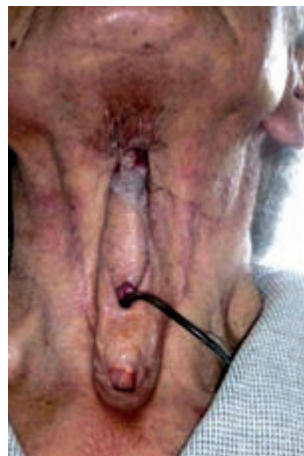


Figura 6. Izquierda: preoperatorio. Derecha: 4 meses de posoperatorio.

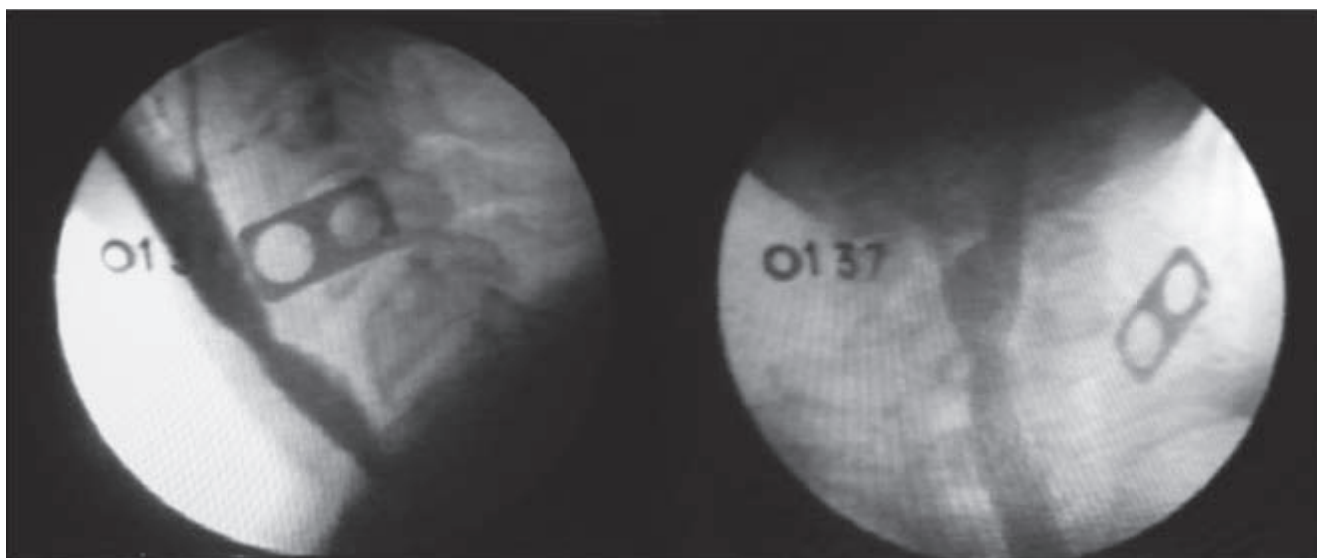


Figura 7. Videodeglución.

## TÉCNICA QUIRÚRGICA

Dentro de estas variantes de reconstrucción optamos por el colgajo de Mikulicz, que ofrece un colgajo tubular de piel a modo inverso y cobertura músculo-cutánea (platisma) por deslizamiento y z-plastia relajante.

### Procedimiento

Se realiza la marcación del colgajo sobre la piel de cuello a disecar, incluyendo en el diseño los ostomas cervicales, el superior: faríngeo y el medio esofágico, con margen de piel suficiente para lograr la eversión del colgajo y su tubulación para poder reconstituir la unión faringoesofágica (**Figura 2**). A continuación se talla y confecciona el tubo, suturándolo en la línea media con interposición de cuñas para evitar la retracción cicatrizal y eventual estenosis, obteniendo así su cierre satisfactorio (**Figuras 3 y 4**).

La cobertura del lecho cruento se realiza por medio de un colgajo músculo-cutáneo del platisma por deslizamiento, complementándolo con z-plastia relajantes (**Figura 5**).

En la evolución posoperatoria, el paciente cursó sin complicaciones; se comprobó una buena cicatrización de los colgajos con importante ganancia nutricional y ponderal del paciente por haber recobrado su alimentación por vía oral (**Figura 6**). A los 4 meses se le realizó una videodeglución, comprobándose en forma dinámica un buen pasaje del material de contraste a través del tubo invertido de piel, que se correlaciona con la clínica (**Figura 7**).

## CONCLUSIONES

- La selección de una técnica quirúrgica acorde con cada caso clínico nos permite obtener resultados favorables, siempre teniendo en cuenta las posibles complicaciones para este tipo de reconstrucción que son: necrosis, fístulas y en forma tardía estenosis.
- Estas complicaciones son más frecuentes en los pacientes irradiados, por lo que algunos autores sostienen que la irradiación previa es una contraindicación relativa (para otros absoluta), re-



servando las otras variantes de reconstrucción para las complicaciones que puedan suceder.

- En este paciente se obtuvo la reconstrucción anatómica y funcional satisfactoria utilizando un procedimiento de menor complejidad dentro de las opciones quirúrgicas, que permitió lograr con un gasto menor el máximo beneficio para el paciente. Ello nos reafirma en el concepto de que se debe comenzar con los procedimientos terapéuticos de menor complejidad, para seguir, si es necesario, con los de mayor complejidad.

## BIBLIOGRAFIA

- Bakamjian V-Y. Colgajo deltopectoral. En: Grabb WC, Myers MB. Colgajos cutáneos. Salvat editores. Barcelona. 1982:215-246.
- Dr. Laguinge, Dr. P Bistoletti, Dr. C Butto, Dr. G. Flaherty. Colgajos cutáneo-musculares del cutáneo del cuello. Revista Argentina de Cirugía Plástica 1996;2(2) Junio 1996.
- Ariyan S. Discusión del trabajo. Plast & Reconstr Surg 1983;72:313.
- Mathes S, Nahai F. Clinical applications for muscle and musculocutaneous flaps. C. V. Mosby Co., St. Louis, 1982. pp. 22, 30-31, 36-37, 100-101.
- Zimman OA, Sarkissian P, Goldschmidt J. Colgajo músculo-cutáneo del cuello. Presentado en el XIº Congreso argentino de Cirugía Plástica, Huerta Grande, Córdoba, 1981.
- Zimman OA. Comentario del trabajo "Colgajos cutáneo-musculares del cutáneo del cuello". Revista Argentina de Cirugía Plástica 1996;2(3) Septiembre 1996.
- Secondary Inversion of local Skin Flaps (Mikulicz Method). 1886. Converse.



# PLANOS EN PRÓTESIS MAMARIAS

**Javier Vera Cucchiaro<sup>1</sup>, Gustavo Abrile<sup>2</sup>**

1. Clínica Estética y Láser (Salta, Salta). 2. Centro Cirugía Estética HIGH TECH (Posadas, Misiones).

## RESUMEN

En esta comunicación queremos presentar nuestra evolución en la elección del plano de colocación de implantes mamarios.

Evaluar los existentes y valorar parámetros cuantitativos y cualitativos para la indicación de uno u otro en función de las diversas características de las pacientes a ser operadas.

Reafirmar la importancia y necesidad de conductas quirúrgicas personalizadas que se ajusten a las características propias de cada caso.

Aceptar la premisa fundamental, de que no existe una prótesis ideal y que el criterio médico determina el uso de la más adecuada.

Enfatizar que la actualización bibliográfica y la concurrencia a los eventos científicos en forma permanente es lo que diferencia a los médicos especialistas en Cirugía Plástica de los ocasionales y oportunos practicantes de las técnicas de la materia.

## SUMMARY

In this communication we present our experience in choosing the level of breast implants.

Evaluate and assess existing quality and quantity parameters for the indication of one or another depending on various characteristics of the patients to be operated.

Reaffirm the importance and necessity of surgical custom behaviors that fit the characteristics of each patient.

Accept the fundamental premise that there is no ideal prosthesis.

## INTRODUCCIÓN

El presente trabajo tiene como finalidad presentar nuestra experiencia en dos centros del interior de la Argentina, así como las indicaciones de acuerdo con el tipo de paciente que requirieron un aumento mamario.

Nuestro objetivo, además fue evaluar los planos de los bolsillos de implantación existentes y valorar parámetros cuantitativos y cualitativos para la elección de uno u otro en función de las diversas características de las pacientes a ser operadas. Esto nos lleva a observar nuestra propia experiencia, sintetizada en los siguientes 3 puntos:

- El plano submuscular, con bajos índices de contractura capsular, nos brindó excelentes resultados hasta el año 2000 (submuscular parcial).
- A partir del 2000, después del Congreso Brasileiro en la ciudad de Porto Alegre, comenzamos a trabajar en el plano subfascial, con la finalidad de evitar la atrofia parcial del músculo pectoral mayor (técnica subfascial) y observando que las pacientes operadas cada vez eran más jóvenes y con mayor actividad física.
- En el 2004 iniciamos nuestra experiencia con plano retromuscular completo por vía axilar.

## MATERIAL Y MÉTODOS

En nuestra casuística, menos del 1% de los implantes son colocados en el plano subglandular con incisión subareolar o periareolar, los cuales son indicados en ptosis moderadas y con tejido hipoplásico, que no aceptan cicatrices periareolovertical de la mastopexia. Utilizamos implantes de poliuretano con la finalidad de aprovechar su efecto tipo velcro.

En el 80% de nuestras prácticas privadas (ambas instituciones) usamos el plano subfascial con incisión subareolar, en pacientes magras, sin ptosis, con un pinch test igual o mayor a 2 cm. La rutina es colocar implantes redondos, cuya superficie sea texturizada. Es una indicación electiva para pacientes con gran actividad física.

En el 20% de los casos se utilizó el plano submuscular completo con acceso por axila, en pacientes sin ptosis, y con un pinch test igual o menor a 2 cm; o con antecedentes de queloides, areolas pequeñas o antecedentes familiares de cáncer de mama (mamá, hermanas, abuelas o tías directas). En esta vía de abordaje y plano de implantación indicamos prótesis lisas y de diseño redondo cualquiera fuere el perfil.

Los parámetros de evaluación prequirúrgica preconizados y publicados por J. Thebetts, en 2002, para un buen planeamiento quirúrgico y la elección del implante adecuado, siempre fueron tenidos en cuenta.

## RESULTADOS

Se observó un alto grado de satisfacción y conformidad. Aún así siempre en nuestra perspectiva temporal está presente el cuerpo extraño dentro del organismo que significa el implante y las posibles complicaciones que aún subsisten y son motivo permanente de análisis. Publicaciones actuales señalan complicaciones entre un 16 a 21% dentro de los tres primeros años de posoperatorio.

La complicación más frecuente en el plano subglandular es la contractura capsular fibrótica (CCF) en un período de 2 a 8 años de posoperatorio. En el plano subfascial, hemos tenido asimetrías por falta de liberación de la fascia en el polo inferior. Y en el plano submuscular completo, el ascenso del implante al polo superior causado por un tratamiento inadecuado del surco mamario. Las contracturas capsulares han sido de un porcentaje ínfimo en los dos últimos planos.

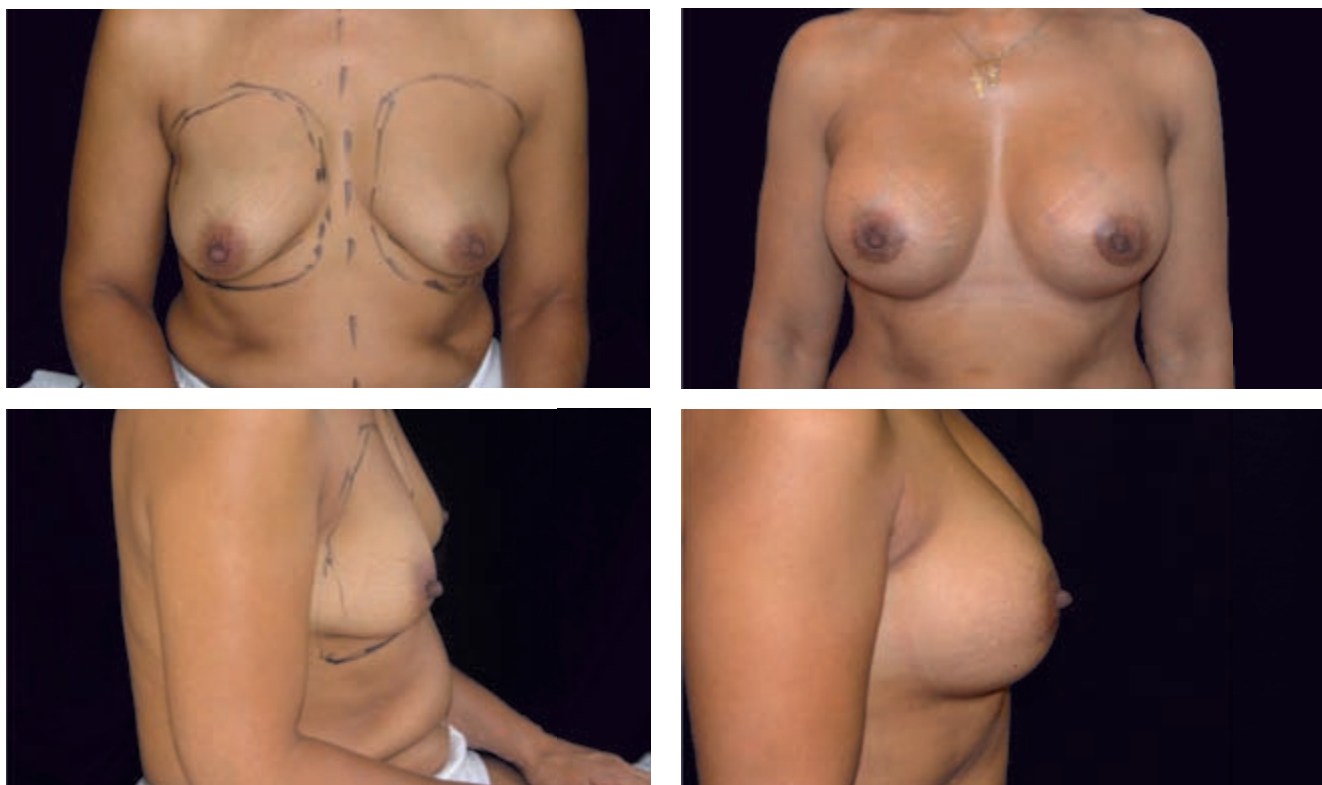


Foto 1. Izquierda: preoperatorio. Derecha: posoperatorio de 5 meses, de plano subglandular sin pexia areolo-vertical, con incisión subareolar.

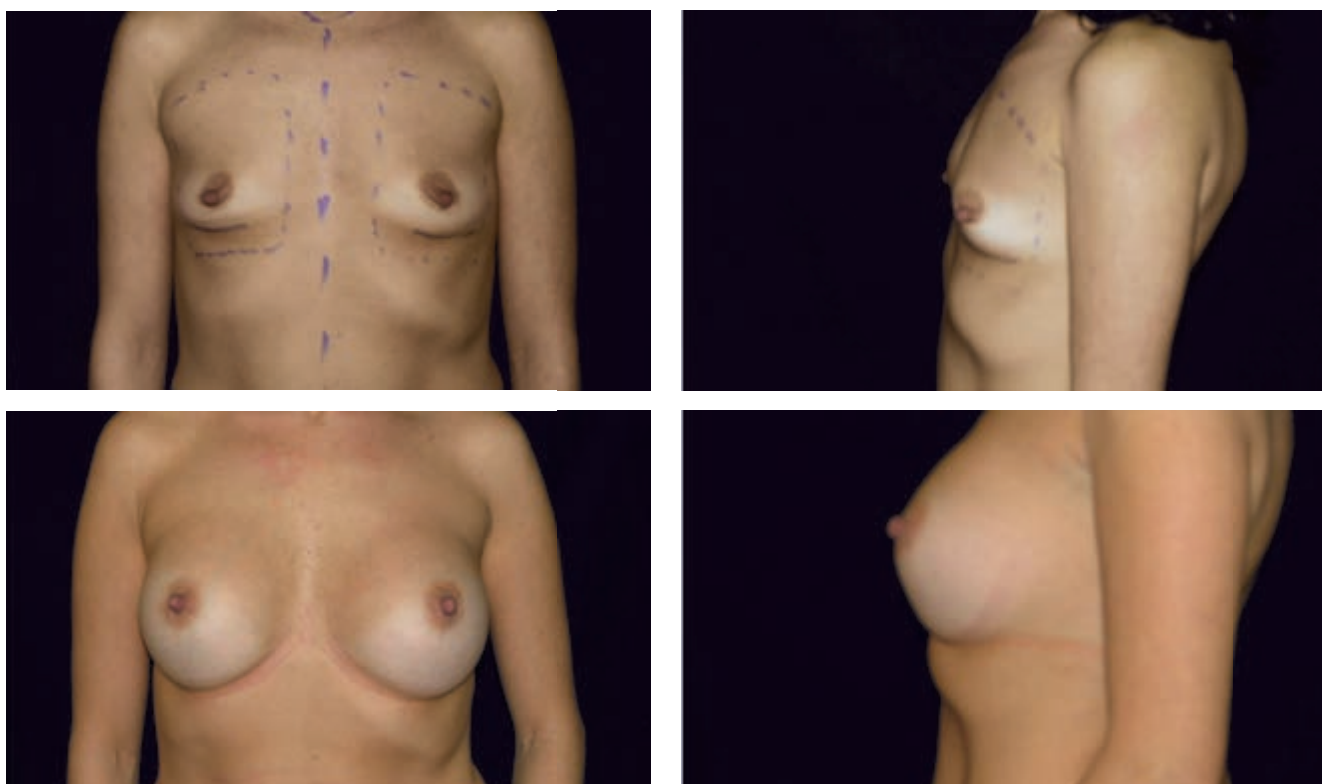


Foto 2. Izquierda: preoperatorio. Derecha: posoperatorio de 6 meses, de plano subfascial e incisión subareolar.

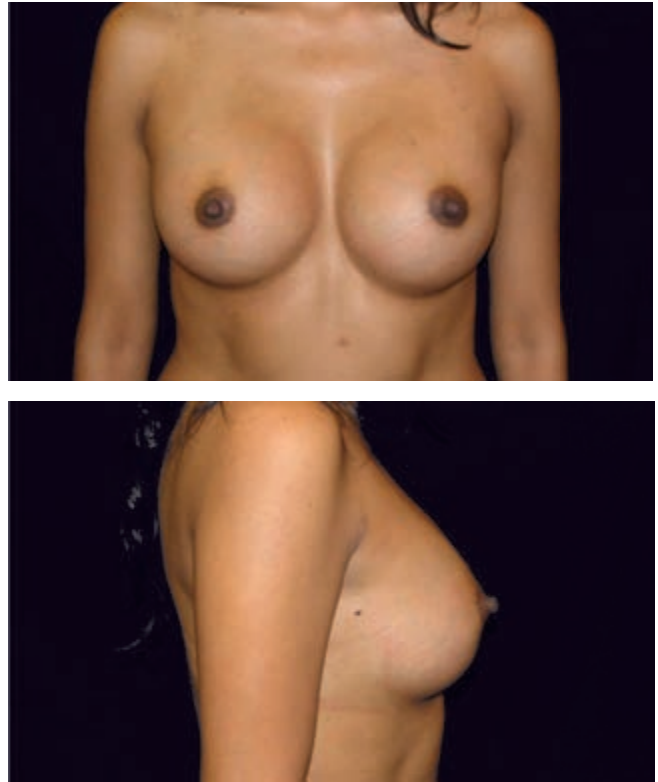
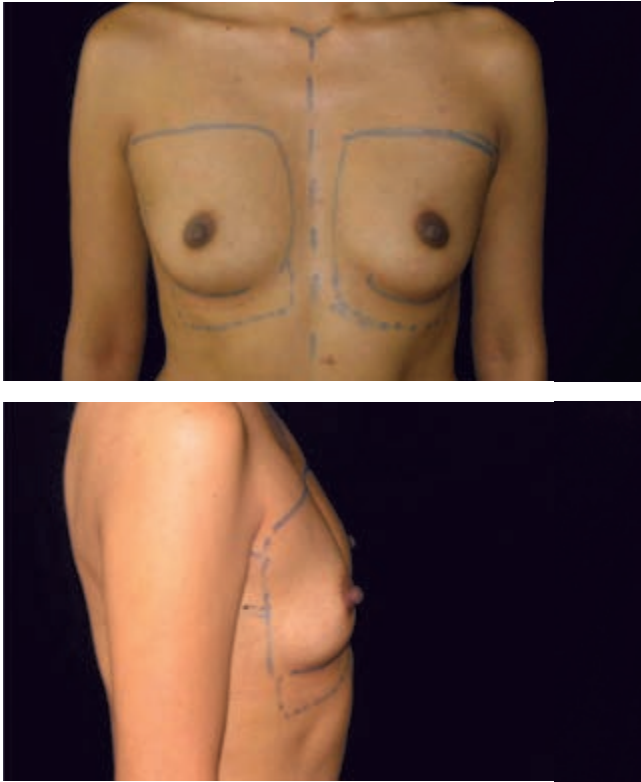


Foto 3. Izquierda: preoperatorio. Derecha: posoperatorio de 4 meses, de plano retromuscular completo e incisión por axila.

## DISCUSIÓN

El plano subglandular, utilizando una infiltración tumescente, permite una cirugía rápida con duración promedio de una hora de quirófano en pacientes con ptosis leves a moderadas, un posoperatorio aceptable y sin necesidad de tecnología (fuente de luz y/o endoscopia). La evaluación a tres meses determinará si requiere exéresis de piel o mastopexia. La importancia de usar prótesis de poliuretano, de tamaños moderado a grande, se centra en la necesidad de optimizar la relación contenido (prótesis-glándula) con continente mamario (piel). Este plano presenta un alto grado de CCF (contractura capsular fibrótica).

El plano subfascial requiere de una curva de aprendizaje y uso de tecnología (fuente de luz y/o endoscopia). El abordaje sub-areolar es ideal para pacientes que realizan mucha actividad física y son magras. Los implantes son texturizados y redondos, donde la fascia comprime funcionalmente el polo superior dando un resultado armónico y estético a la mama después de tres a cuatro meses de la cirugía. La recuperación es intermedia entre la sub-glandular y la submuscular, y la cirugía dura 2 horas aproximadamente. La disección de la fascia pectoral la realizamos con tijera, sin electro-bisturí, ya que se trata de un colgajo fascio-cutáneo con una importante vascularización, que brinda una interface en la periferia del bolsillo formada por la fascia y el músculo pectoral mayor. Por razones todavía no muy claras este plano brinda menor contractura capsular, aparentemente. Es necesario destacar el constante aporte científico que hemos recibido en todos estos años del Dr. Omar Ventura, quien es precursor de este plano en nuestro país.

Por último, el plano submuscular completo con abordaje por axilas, permite tratar pacientes muy delgadas, con antecedentes familiares de cáncer de mamas (previa autorización mastólogo/a) y pacientes con predisposición a cicatrices queloides. Por esta vía de acceso solo utilizamos prótesis redondas lisas. Se necesita una curva de aprendizaje y tecnología (fuente de luz y/o endoscopia), así como informar a la paciente que puede haber una segunda cicatriz en la mama en caso de no poder resolver algún sangrado profuso por visión directa o con auxilio del endoscopio, cosa que nunca nos aconteció. El posoperatorio es más doloroso y tedioso, no se puede depilar las axilas hasta 15 a 21 días y se utiliza una faja elástica por tres semanas para bajar el polo superior.

## CONCLUSIONES

Es importante y necesario que los cirujanos plásticos comiencen a colocar implantes mamarios de forma personalizada de acuerdo con las características propias de cada paciente, considerando que no existe una prótesis ideal. Para ello nos debemos actualizar permanentemente y diferenciar de médicos no especialistas en Cirugía Plástica.

## BIBLIOGRAFIA

1. Barnett A. Transaxillary subpectoral augmentation in ptotic breast: Augmentation by disruption of the extended pectoral fascia and parenchymal sweep. *Plast Reconstr Surg*. 86: 76, 1990.

2. Graf, R M., Bernardes, A., Auersvald, A., and damásio, R. C. Subfascial endoscopic transaxillary augmentation mammoplasty. *Aesthetic Plast. Surg.* 24: 216, 2000.
3. Hidalgo D. A., Breast augmentation: choosing the optimal incisión, implant, and pocket plane. *Plast Reconstr. Surg* 105:2202-16, 2000.
4. Góes J. C., and Landecker, A. Optimizing outcomes in breast augmentation: seven years of experience with the subfascial plane. *Aesthetic Plast. Surg.* 27:178, 2003.
5. Graf, R. M., Bernardes, A., Rippel, R., et al Subfascial breast implant: a new procedure. *Plast. Reconstr. Surg.* 111:904, 2003.
6. Stoff-Khslili, M. A., Scholze, R., Morgan, W. R., and Metcalf, J. D. Subfascial periareolar augmentation mammoplasty. *Plast. Reconstr. Surg.* 114:1280, 2004.
7. Barbato, C., Pena, M., Triana, C., and Zambrano. Augmentation mammoplasty using the retrofascia approach. *Aesthetic Plast. Surg.* 28: 148, 2004.
8. Ventura, O. D., Marcello, G., A., Anatomic and physiologic advantage of totally subfascial breast implants. *Aesthetic Plast. Surg.* 29:379, 2005.
9. Serra Renom, J. M., Fernandez, G. M., and Taisik, Y., Augmentation mammoplasty with anatomic soft, cohesive silicone implant using the transaxillary approach at a subfascial level with endoscopic assistance. *Plast. Reconstr. Surg.* 116:640, 2005.
10. Ventura O, Rosati R., Mitidieri V., Marino H., Buquet J., 10 años de evolución en mastoplastías de aumento: consideraciones técnicas sobre observaciones anatómicas. *Revista Argentina de Cirugía Plástica*, Volumen XV, número 2, año 2009.
11. Victor Elizondo Tijerina, Rodolfo Elizondo Saenz, Jair Garcia Guerrero., Experience of 1000 cases on subfascial breast augmentation. *Aesthetic Plastic Surg.* 34:16, 2010.





# JORNADAS DEL BICENTENARIO DE CIRUGÍA PLÁSTICA, ESTÉTICA Y REPARADORA

**Ricardo J. Losardo<sup>1</sup>, José M. Viñas<sup>2</sup>**

1. Director del Curso Superior de Especialización en Cirugía Plástica. 2. Secretario General del Curso Superior y Presidente de las Jornadas.

Correspondencia Dr. Ricardo Losardo. Lavalle 1844 5º "30", (1051) CABA, Rep. Argentina | e-mail: rlosardo@infovia.com.ar

## RESUMEN

Se describe el motivo de las Jornadas del Bicentenario de Cirugía Plástica, su organización, sus conferencistas, su temática, etc. Se destaca que durante su transcurso se realizó la primera reunión de egresados del Curso de Especialización.

**Palabras claves:** jornadas, bicentenario, cirugía plástica.

## SUMMARY

It describes the reason for the Bicentennial Conference of Plastic Surgery, its organization, its speakers, its themes, etc. It is noted that during its course was held its first session of graduates of the Specialization Course.

**Keywords:** conferences, bicentennial, plastic surgery.

Las Jornadas constituyeron un homenaje al Bicentenario de la patria, que se cumplió durante esa misma semana de mayo.

Fue organizada por autoridades y profesores egresados del *Curso Superior de Especialización en Cirugía Plástica*, uno de los Cursos de Posgrado de mayor antigüedad y prestigio que se dicta en la Asociación Médica Argentina. El Comité Ejecutivo estuvo integrado por los Dres. José M. Viñas (Presidente), Silvano Plazzotta (Vicepresidente), Justo La Torre Vizcarra (Secretario) y José Soria (Tesorero).

Durante dos días, el 20 y 21 de mayo, se abordaron distintos aspectos de la especialidad: cirugía estética, cirugía del quemado, cirugía infantil, cirugía maxilofacial, cirugía oncológica, cirugía de las extremidades y mano. Fueron dictados por prestigiosos profesores del Curso Superior de Especialización: Dres. Elina Ares de Parga, Rubén Aufgang, Fortunato Benaim, Vicente Bertone, Andrés Dimópulos, Pedro Dogliotti, Enrique Gagliardi, Horacio García Igarza, Francisco Olivero Vila, Jorge Patané, Gustavo Prezzavento, Cristina Rijavec, Juan Carlos Rodríguez, Susana Ruiz, Carlos Serey, Flavio Sturla y Ricardo Yohena. Se realizó una mesa redonda de reconstrucción mamaria e implantes que aportó las últimas novedades en el tema, donde participaron como relatores miembros de la Comisión Directiva de la SACPER: Dres. Alfredo De Maussion, Francisco Errea y Juan José Marra, y el cirujano mastólogo Ignacio Mac Lean.

También se debatió y reflexionó sobre distintos aspectos de la formación de los especialistas. Allí participaron los Profesores Dres. Elías Hurtado Hoyo (Presidente de la Asociación Médica Argentina), Fortunato Benaim (Miembro de la Academia Nacional de Medicina), Marcelo Torino (Vicedecano de la Facultad de Medicina de UBA) en representación de Alfredo Buzzi (Decano de la Facultad de Medicina de UBA) y Ricardo Losardo (Director del Curso de Especialistas en Cirugía Plástica).

Asimismo, se contó con la exposición de otros cirujanos plásticos, como los Dres. Ramiro González Oliva, en carácter de médico legista, y Norberto Morales, como primer egresado del Curso. Como invitados extranjeros dictaron conferencias, los Dres. Mariano

del Sol Calderón (de la Universidad de la Frontera, Temuco) e Iván Suazo Galdames (de la Universidad de Talca), de la República de Chile. Durante estas Jornadas se realizó la *Primera reunión de egresados del Curso Superior Trienal*, donde se dieron cita graduados argentinos y extranjeros, formados a lo largo de estos 33 años de existencia del Curso. Las Jornadas contaron con el auspicio de dos Facultades de Medicina de nuestro país, la Universidad del Salvador (USAL) y la Universidad Católica Argentina (UCA).

Este evento contó con más de 250 asistentes. Muchos de ellos, médicos que se encuentran en formación en la especialidad provenientes de distintos puntos del país. Ha sido ésta una oportunidad para difundir las características de este Curso de Especialización que depende de la Escuela de Graduados de la AMA y de la SACPER.

La calidad de las conferencias permitió tener una actualización de los temas dictados, de utilidad tanto para los especialistas como para quienes comienzan su formación en cirugía plástica.



**Organizadores** de las Jornadas del Bicentenario de Cirugía Plástica: Dres. José Soria, Justo La Torre Vizcarra, Ricardo Losardo, José M. Viñas y Silvano Plazzotta.

# 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 ha sido incorporada al Registro Único de Entidades Evaluadoras de Residencias del Equipo de Salud.

## 41º CONGRESO ARGENTINO DE CIRUGÍA PLÁSTICA

30 de marzo al 02 de abril de 2011

Cataratas- Sheraton Iguazú Hotel- Pcia. de Misiones

El 30/08 fecha límite de tarifas con arancel reducido.



## CURSO DE ACTUALIZACIÓN EN CIRUGÍA PLÁSTICA 2010

**Organizado por la SACPER.**

**Presidente:** Dr. Carlos Reilly

**Secretario:** Dr. Juan José Marra

**Director:** Dr. Claudio Saladino

**Secretarías:** Dras. Lucila Mangas y Marisol López

Comienza el 08 de junio de 2010.

Finaliza el 23 de noviembre de 2010.

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



## CURSO SUPERIOR DE ESPECIALIZACIÓN EN CIRUGÍA PLÁSTICA 2010

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).



## NOTICIAS DE FILIALES

### SOCIEDAD DE CIRUGÍA PLÁSTICA DE BUENOS AIRES

#### SESIONES CIENTÍFICAS

Agosto 2010

#### 03 de agosto

*Sesión Científica de la Sociedad (21.00 hs) - AMA*

Dr. Omar Lebus: "Lifting ampliado de cara y cuello en hombres"

Dr. Claudio Angrigiani: "Reconstrucción de mejilla con microcirugía"

Dr. Federico Zapata: "Optimizando resultados en ritidectomía de mejilla y cuello"

#### 17 de agosto

*Sesión Científica de la Sociedad (21.00 hs) - AMA*

Dr. Juan Carlos Rodríguez: "Reconstrucción orbitaria"

Dr. Eduardo Errea: "Rejuvenecimiento periorbitario"

Dr. Eduardo Gallo: "Reconstrucción periorbitaria"

#### 31 de agosto

*Sesión Científica de la Sociedad (21.00 hs) - AMA*

"Curso práctico sobre cuestiones normativas en la habilitación de consultorios y quirófanos"

Abogados: Dr. Julio B. Cisterna Pastenes - Dr. Mariano Carlos Vignoli

Septiembre 2010

#### 07 de septiembre

*Sesión Científica de la Sociedad (21.00 hs) - AMA*

Conferencia Dr. Pedro Dogliotti: "Cómo se elabora un trabajo científico"

Jornada de Cirujanos Plásticos en Formación I

#### 21 de septiembre

*Sesión Científica de la Sociedad (21.00 hs) - AMA*

Homenaje a Ex Presidentes: Dr. Luis Alberto Margaride

Octubre 2010

#### 05 de octubre

*Sesión Científica de la Sociedad (21.00 hs) - AMA*

Jornada de Cirujanos Plásticos en Formación II

Noviembre 2010

#### 02 de noviembre

*Sesión Científica de la Sociedad (21.00 hs) - AMA*

Presentación de trabajos de los Servicios Hospitalarios de Cirugía Plástica.

#### 16 de Noviembre

*Sesión Científica de la Sociedad (21.00 hs) - AMA*

Trabajo Premio Anual Senior y Junior

### 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:

#### 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)****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)****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

**SOCIEDAD DE CIRUGÍA PLÁSTICA  
Y RECONSTRUCTIVA DE CÓRDOBA Y CENTRO****Sesiones Científicas**

Se desarrollan todos los segundos martes de cada mes en el Círculo  
Médico de la Provincia de Córdoba.

**Agosto**

**Martes 24.** Reunión Conjunta con la SACPER, 20 hs. Círculo  
Médico de la Provincia de Córdoba  
Disertantes: Dres. Oscar Procikievicz y Néstor Vincent

**Septiembre**

**Jueves 16.** Se realizará el Curso Internacional Quirúrgico 2010  
Cirujanos invitados:

Dr. Alan Landecker :Rinoplastia primarias y secundarias  
Dr. Enzo Rivera Citarilla: Lifting de cara y cuello-ptosis mamaria  
Dr. Walter Giustozzi: Mastoplastias de aumento

**Viernes 17.** VI Jornadas de las Filiales de la SACPER, con la partici-  
pación de miembros de las filiales de la SACPER  
Informes e inscripción: página Web: [www.cirugiaplasticacba.com.ar](http://www.cirugiaplasticacba.com.ar)

**Octubre:**

**Martes 12, 20 hs.** Círculo Médico de la Provincia de Córdoba  
Disertantes a confirmar

**Noviembre:**

**Martes 9.** Círculo Médico de la Provincia de Córdoba  
Disertantes a confirmar

**Diciembre:**

**Viernes 3.** Cena de camaradería y balance cierre de año

*Página Web: [www.cirugiaplasticacba.com.ar](http://www.cirugiaplasticacba.com.ar)*

## COMENTARIO DE LAS VI JORNADAS NACIONALES INTERDISCIPLINARIAS DE FISURA LABIO NASO ALVÉOLO PALATINAS

---

*Durante los días 17 y 18 de septiembre próximo pasado se llevaron a cabo, en la Provincia de La Rioja, las 6tas Jornadas Interdisciplinarias de Fisurados.*

*Estas Jornadas fueron organizadas por el Dr. Anibal Ojeda y su equipo multidisciplinario. Concurrieron el Gobernador, el Ministro de Salud y parte del Gabinete de la provincia de La Rioja, así como el Ministro de Salud de Catamarca, quienes estuvieron apoyando y alentando estos eventos interdisciplinarios que se vienen sucediendo en diferentes provincias donde se trabaja esta patología. También se contó con la presencia del representante de la Sociedad Argentina de Pediatría de la Región de Cuyo.*

*Los equipos de La Rioja, San Juan, Santa Fe, Catamarca, Jujuy, Santiago del Estero, Mendoza, Tucumán, Chaco, Corrientes, Rosario, La Plata y Buenos Aires presentaron en las reuniones científicas sus trabajos, evolución de casos y casos problema. Lo más relevante fue saber que estos grupos ejecutan un laborioso y dificultoso trabajo de campo, a partir del cual se están realizando estadísticas zonales. Esto significa un gran adelanto para poder determinar científica y fehacientemente el número de niños nacidos con esta patología en nuestro país.*

*El día 17 se llevó a cabo la reunión plenaria en la que se realizó un homenaje al Dr. Rodolfo Rojas y se lo declaró Médico Ilustre de la provincia de La Rioja.*

*Por mayoría se decidió que las Jornadas se efectúen anualmente. Se eligió como sede para el año 2011, por unanimidad, a la ciudad de Córdoba, cuya representante, la Lic. María Inés Rodríguez Fabián, presentó una nota de adhesión del cirujano plástico Dr. José Luis Navarro, referente de la Regional Córdoba de la SACPER. Ellos serán los organizadores de las 7mas Jornadas.*

*A su vez, nació la necesidad de implementar una Historia Clínica Única, para poder confeccionar una estadística nacional. Una vez más hay que destacar la cordialidad y confraternidad entre los concurrentes, que llegaron al número de doscientos. Agradecemos al Dr. Anibal Ojeda y su equipo el amable trato que tuvieron para con todos los concurrentes y los felicitamos por las exitosas Jornadas realizadas.*

***Dra. Martha O. Mogliani***



# REGLAMENTO DE PUBLICACIONES

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

## CONSIDERACIONES GENERALES

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

### 1. Preparación de manuscritos

Los trabajos se presentarán tipados a doble espacio, incluyendo leyendas de figuras, bibliografía y tablas, en papel DIN A4, en una sola cara. Se dejará un margen superior, inferior, derecho e izquierdo de 3 cm. Todos los trabajos se enviarán en español, con resumen en español e inglés, con dos copias. Se acompañará un disco magnético de 3½ HD, con el texto procesado en Microsoft Word, etiquetado con el título del artículo y los nombres de los autores. Las ilustraciones no se incluirán en el disco. Se incluirá foto reciente en color del primer autor (opcional).

### 2. Página inicial

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

### 3. Resumen del trabajo

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

### 4. Cuerpo del trabajo

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

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

### 5. Bibliografía

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

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

### 6. Ilustraciones

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



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

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

## 7. Tablas y gráficos

Se incluirán en hojas separadas, una por página.

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

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

Lista de comprobación para los autores

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

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

## FOTOS PARA PUBLICAR EN LA REVISTA

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

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