

REVISTA ARGENTINA DE

Cirugía Plástica

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



ASOCIACIÓN MÉDICA ARGENTINA



1810 - 2010 año del
BICENTENARIO



COMISIÓN DIRECTIVA SACPER

Período 2010-2011

Vicepresidente en ejercicio de la Presidencia

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. Reilly (+)

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 minimamente invasivos en Cirugía Plástica

Director:

Dr. Luis Heredia

Directores Adjuntos:

Dr. Néstor Martín Vincent

Dr. Patricio F. Jacovella

Comisión de Docencia e Investigación

Coord.: Dr. Ernesto Moretti

Dr. Omar Darío Ventura

Dr. Oscar Alberto Zimman

Dr. Juan Carlos Ortega

Comisión de Educación Médica Continua

Coord.: Dr. Jorge Herrera

Dr. Ricardo Losardo

Dr. Enrique Gagliardi

Dr. Manuel Alberto Viñal

Dr. Pedro Dogliotti

Comité de Ética

Coord.: Dr. F. Benaim

Dr. Guillermo Flaherty

Dr. Rodolfo Ramón Rojas

Dr. Jorge Buquet

Dr. Luis Inchaurrega

Comisión Informática

Coord.: Dr. Alfredo De Maussion

(Director de Publicaciones)

Respuesta de e-mails

Dr. Eduardo Marchioni

Asesora de página web

Dra. Paulina Iwanyk

Comisión de Asuntos Legales

Coord.: Dr. Francisco Famá

Dr. Luis Mario Ginesín

Dr. Carlos Emilio Sereday

Dr. Federico A. Deschamps

Consejo de Relaciones Internacionales 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

Directora

Dra. Martha O. Mogliani

Comité Editor (a cargo)

Cirugía Estética: Dr. Abel Chajchir

Cirugía Maxilofacial: Dr. Carlos Perroni

Quemados: Dr. Nacif Cabrera

Cirugía Pediátrica: Dra. Paulina Iwanyk

Miembros, Mano y Microcirugía: Dra. Elina Ares de Parga

Cirugía de Mamas: Dr. Enrique Gagliardi

Cirugía Oncológica: Dr. Ricardo Losardo

Investigación: Dr. Pedro Dogliotti

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@scpba.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: scirplasticalaplata@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	140
Retracciones cicatrizales glúteas: abordaje a distancia y lipotransferencia <i>Alejandro Paglia, Claudio Cangini, Luis Pezzutti</i>	141
Autoestima y cirugía plástica: contraindicaciones quirúrgicas <i>María Celia Romani, Enrique Gagliardi</i>	146
El colgajo supraclavicular en las secuelas de quemaduras cervicales. 14 Años de experiencia <i>Armando L. Pomerane, Carlos E. Sereday, Vicente H. Bertone, Daniel Dominikow, Juan C. Ortega</i>	154
Viabilidad del adipocito a diferentes presiones lipoaspiradas y centrifugadas <i>Felipe Estévez, Ezequiel Polistina, Abel Chajchir</i>	160
Dr. Carlos Reilly <i>Juan José Marra</i>	164
Noticias SACPER	165
Noticias Regionales	166



INSTRUCCIONES PARA LA VIDA

- *Come mucho arroz y dale a la gente lo que espera de ti, y hazlo a gusto.*
- *Aprende de memoria tu poesía favorita y no creas todo lo que oyes.*
- *No gastes todo lo que posees y duerme menos de lo que te gustaría.*
- *Cuando digas “te amo”, dílo de verdad... cuando digas “lo siento”, mira a la otra persona a los ojos.*
- *Aguanta un noviazgo por lo menos 6 meses antes de casarte.*
- *Cree en el amor a primera vista y no te rías nunca de los sueños de los demás.*
- *Ama profunda y apasionadamente... puedes salir herido, pero es la única forma de vivir la vida completamente...*
- *Habla despacio y piensa rápido.*
- *Recuerda que el amor más grande, como todos los grandes éxitos, conlleva los riesgos mayores.*
- *Cuando pierdas, aprende; y recuerda las tres “R”:*
 - Respeto hacia ti mismo*
 - Respeto hacia los demás*
 - Responsabilidad por tus actos.*
- *No permitas que un pequeño problema estropee una gran amistad.*
- *Cuando te des cuenta de haber cometido un error, corrígelo de inmediato.*
- *Sonríe cuando contestas al teléfono, quien te llame lo notará en la voz.*
- *Cásate con una persona con la que te guste conversar... cuando llegue la vejez esta habilidad será más importante que cualquier otra*
- *Pasa algún tiempo solo, abre los brazos a los cambios pero no pierdas nunca tus valores.*
- *Recuerda que a veces el silencio es la mejor respuesta.*
- *Lee más libros y mira menos la tele.*
- *Vive un vida buena y honrada: cuando seas viejo y recuerdes el pasado, podrás gozar de ello una segunda vez.*
- *Confía en Dios, pero cierra bien tu casa al salir....*
- *Un ambiente de amor en casa es importante: haz todo lo que puedas para crear un ambiente tranquilo y armonioso.*
- *Lee entre líneas y comparte tus conocimientos. Es una forma de ser inmortal.*
- *Sé bueno con el planeta.*
- *No interrumpas a alguien que te demuestra cariño.*
- *Preocúpate de tus asuntos.*
- *No confíes en los que no cierran los ojos al besarte.*
- *Una vez al año visita un lugar en el que nunca has estado.*
- *Si ganas mucho dinero, ayuda a los que lo necesitan mientras vivas. Ésta es la mayor riqueza que el dinero te podrá ofrecer.*
- *Recuerda que no obtener lo que quieres a veces es una suerte.*
- *Aprende todas las reglas y luego infringe alguna.*
- *Recuerda que la mejor relación es aquella donde el amor entre dos personas es más grande que la necesidad del uno por el otro.*
- *Juzga tu éxito en relación a lo que tienes que renunciar para ello.*

Que tengan un buen fin de año y que el próximo los colme de paz y prosperidad!!

Dra. Martha O. Mogliani
(Editora)

RETRACCIONES CICATRIZALES GLÚTEAS: ABORDAJE A DISTANCIA Y LIPOTRANSFERENCIA

Alejandro Paglia, Cludio Cangini, Luis Pezzutti

RESUMEN

Son variadas las patologías que suelen afectar la zona glútea. Éstas pueden deberse a exceso o falta de volumen, ptosis, desnaturalización del surco, asimetrías y defectos en el contorno. Los defectos en el contorno son definidos como retracciones cicatrizales.

Objetivo. Previo diagnóstico, realizar la liberación de las cicatrices a distancia y rellenarlas mediante lipotransferencia.

Método. Se evaluó un total de 76 pacientes en 5 años; se utilizó tijera Metzembraum endoscópica curva de 5 mm, 310 mm y 360° de radio de giro, mediante la cual se realiza la liberación a distancia y posterior relleno con grasa autóloga (lipotransferencia).

Resultados. Se obtuvieron resultados aceptables en el 98,6%; 5 pacientes (6,58%) debieron ser reintervenidos, con una nueva sesión de lipotransferencia realizada después del sexto mes posoperatorio, con el fin de optimizar el resultado.

Las complicaciones observadas fueron seroma (7 pacientes; 9,21%), de rápida resolución y herniación del celular (1 paciente; 1,32%).

Conclusión. La utilización de esta técnica es segura, permite el abordaje a distancia, que da al cirujano la posibilidad de escoger el sitio de implante de la microincisión en el mismo tiempo. Alto nivel de aceptación y satisfacción del paciente. Rápida reinserción social. Técnica ambulatoria. Resultados estéticos aceptables.

INTRODUCCIÓN

Las retracciones cicatrizales glúteas se pueden definir como alteraciones del contorno glúteo. Éstas pueden ser de varios tipos (**Fotos 1 a 5**). En todas siempre existe un compromiso fibrótico, que involucra el tejido subcutáneo^{1,2} y genera un defecto en el contorno.

La utilización de la tijera Metzembraum endoscópica curva de 5 mm, 310 mm y 360° de radio de giro permite abordar el área a distancia y liberar la zona, para realizar posterior lipotransferencia (**Fotos 6 y 7**).

CLASIFICACIÓN³

Tipo 1. Subcutánea

- Lipoatrófica
- Fibrótica
- Mixta

Tipo 2. Fascial

Tipo 3. Muscular

Tipo 4. Mixta



Foto 1. Tipo 1A: subcutánea.



Foto 2. Tipo 1B: fibrótica.

Es la depresión glútea más frecuente, causada por lipoatrofia, por retracción fibrótica, o por ambas. Histológicamente se observa obliteración de vasos y fibras del área.



Foto 3. Tipo 2: fascial. Se presenta como placa fibrosa, a nivel de la fascia, cuya etiología se puede asociar a una aplicación intramuscular.



Foto 4. Tipo 3: muscular. Se produce por fibrosis de fibras musculares. La retracción se observa en la porción más caudal, cercana al sacro.



Foto 5. Tipo 4: mixta. Defectos asociados tipo 2 + tipo 1A-tipo 1B. Asociación tipo 2+3.

El diagnóstico correcto determinará la profundidad de la sección y liberación del área afectada.^{2,3}

MATERIAL Y MÉTODOS

Se analizaron 76 pacientes intervenidos quirúrgicamente, tratados con la misma técnica, en el período comprendido entre 2004-2009. Todos eran de sexo femenino, cuyas edades oscilan entre 19 y 60 años. Se evaluaron los resultados hasta 2 años posteriores al tratamiento.

TÉCNICA QUIRÚRGICA

Se realiza marcación del área cicatrizal, en bipedestación, en 2 dos tiempos: a) contracción y b) relajación glútea.³

Se evalúa el sitio de implante de la microincisión, desde donde se abordará el defecto. De esta manera evitamos el ingreso desde el pliegue interglúteo.^{4,5}

Se procede a la liberación del área, previa anestesia local, con xilo-caína al 2% con epinefrina diluida en 100 cc de solución fisiológica.



Foto 6. Tijera Metzembaum.



Foto 7. Punta curva de 360° de giro.

Dependiendo del tipo de retracción, se seccionan las fibras inelásticas que generan el defecto (**Fotos 8 a 10**).

Se lipoaspiran aquellas zonas distróficas, con cánulas de 5 mm y jeringas de 60 cc, se decanta el material obtenido, según técnicas descrip-

tas y publicadas con anterioridad por otros autores (**Fotos 11 y 12**).^{6,7} Liberado el sector, se procede a la lipotransferencia, con cánula de igual calibre que la usada para su extracción.

Posteriormente se modela el área, con maniobras bimanuales.

Sitios de implantación de la microincisión



Foto 8. Abordaje desde surco glúteo.



Foto 9. Abordaje desde distal. Se utiliza generalmente la misma incisión utilizada para la lipoescultura.



Foto 10. Abordaje desde proximal. Reemplaza al abordaje desde el pliegue interglúteo.

Toma de injerto graso



Foto 11. Extracción inmediata.

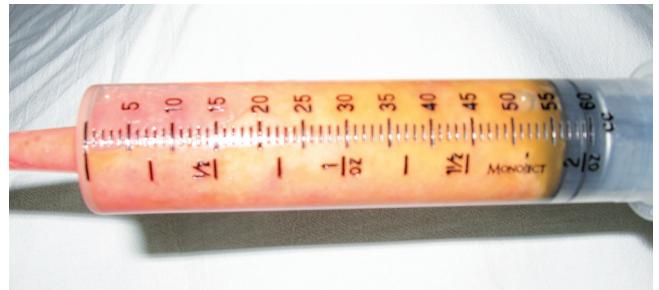


Foto 12. Decantación.

RESULTADOS



Defecto generado por aplicación IM en la infancia



Posoperatorio alejado.



Retracción Tipo3



Posoperatorio alejado.



Retracción Tipo 4 Mixta.



Posoperatorio alejado.



Retracción Tipo 2-3.



Posoperatorio



Esta técnica ha mostrado resultados satisfactorios en el 98,6% de los casos, en un total de 76 pacientes, intervenidos quirúrgicamente.

No se han presentados complicaciones mayores, todas las complicaciones vistas han sido resueltas a posteriori, con procedimientos sencillos, Las complicaciones observadas fueron, Seroma, 7 pacientes (9,21%), de rápida resolución, mediante punciones evacuadoras seriadas, herniación del celular, 1 caso (1,32%), debió ser reoperado con mínima incisión para reseca el excedente y tensar el tejido subdérmico y afrontar los distintos planos.

En 5 pacientes 6,58 %, debimos realizar una nueva sesión de lipotransferencia, después del sexto mes postoperatorio, con el fin de optimizar el resultado.

CONCLUSIONES

Considerando el alto nivel de satisfacción mostrado por el paciente, esta técnica es ofrecida a todo paciente que presente deformidad en el contorno, debido a su baja morbilidad, y a la posibilidad que nos brinda en el mismo acto quirúrgico, de resolverlo con un grado mínimo de complejidad.

La alternativa que nos ofrece esta tijera, por distancia, radio de giro y de poder seccionar en forma selectiva, nos genera la posibilidad de ser utilizada en otras patologías, cirugía reparadora de los miembros; cirugía reparadora de la mama, liberación de adherencias postcuadrantectomías, etc., mediante microincisiones alejadas ubicadas en sitios ocultos o pliegues naturales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Yadav SS. Extension contracture of the hip due to idiopathic fibrosis of the gluteus maximus. *Int Surg* 1978;63:27-28.
2. Gonzalez R. Gluteal retractions. In: Gonzalez R (Ed). *Buttocks reshaping and posteriori body contour*. Río de Janeiro: Indexa; 2006:115-125.
3. Gonzalez R. Gluteal Retractions: Clasification and treatment techniques. *Aesthetic Surgery Journal* 2006;26:537.
4. Gonzalez R. Augmentation gluteoplasty: the XYZ method. *Aesthetic Plast Surg* 2004;28:417-425.
5. Robles JM, Tagliapietra JC, Grandi M. Gluteoplastia de aumento: implante submuscular. *Cir Plast Iberolatinoamericana* 1984;10:4.
6. Chajchir A, Benzaquen I. Fat grafting injection for soft tissue augmentation. *Plastic & Reconstructive Surgery* 1989;84(6):921-34; discussion 935, 1989 Dec.
7. Chajchir A, Benzaquen I. Fat Injection. *Aesthetics Plast Surg* 1990;14:127.



AUTOESTIMA Y CIRUGÍA PLÁSTICA: CONTRAINDICACIONES QUIRÚRGICAS

María Celia Romani¹, Enrique Gagliardi²

1. Médica Cirujana Plástica. Clínica San Roque, Lobos, Pcia. de Buenos Aires. 2. Médico Cirujano Plástico. Cátedra de Cirugía Plástica de la Universidad Católica Argentina (UCA). Profesor Titular.

Correspondencia. Dra. María Celia Romani: San Martín 148, (7240) Lobos, Pcia de Buenos Aires | Tel: 02227-421457/431325 Fax: 02227-421212

E-mail: romanimariacelia@speedy.com.ar

RESUMEN

Como cirujanos plásticos, nos cuesta pensar en algo más allá de lo que vemos. La idea de este trabajo surge a partir de la realidad de que no siempre coincide la valoración del resultado quirúrgico desde el punto de vista del paciente y del cirujano.

Lo hemos adjudicado a muchos factores, pero la autoestima del paciente nos ha parecido un factor importante.

¿Cómo logramos objetivizar este aspecto psicológico?

Se presentan dos formularios recibidos del Dr. Castle DJ, Mental Health Research Institute, University of Melbourne, Parkville, modificados luego de una interconsulta con la Cátedra de Psiquiatría de la UCA y nuestra propia experiencia. Con esto se intenta dar instrumentos objetivos al cirujano para prevenir problemas graves luego de una cirugía, detectar las contraindicaciones quirúrgicas, contribuir con la seguridad del cirujano en la elección de sus pacientes, detectar enfermedades psiquiátricas y derivarlas y por último, agregar un elemento más en el armamentarium para el resguardo del cirujano plástico y alertar de estas realidades a los cirujanos que recién comienzan.

Palabras clave: prevención, contraindicaciones, humanización.

SUMMARY

As plastic surgeons it is difficult to us to think about something beyond what we see. The idea of this work arises from the reality that not always coincides the valuation of the surgical result from the point of view of the patient and from the surgeon.

We have awarded it to many factors, but it has looked like to us an important factor: the selfesteem of the patient.

How do we achieve this psychological aspect? :

Two forms received of Dr. Castle DJ, Mental Health Research Institute, University of Melbourne and modified after the interconsultation with the chair of Psychiatries of the UCA and for our own experience, are presented.

On this objective instruments are tried to meet to the surgeon to anticipate serious problems after a surgery, to detect surgical contraindications, to contribute with the safety of the surgeon in the choice of his patients, to detect psychiatric diseases and to derive them.

And finally, to add one more element in the armamentarium for the security of the plastic surgeon and to alert of these realities the surgeons who newly begin.

Key words: prevention, contraindications, humanization.

INTRODUCCIÓN

Como cirujanos plásticos, nos cuesta pensar en algo más allá de lo que vemos. Pero en algún momento de nuestra carrera, por una razón u otra, nos acordamos de que nuestro paciente es algo más que aquello por lo que se va a operar y ampliamos nuestra visión: aprendemos a ver la unidad de la persona de nuestro paciente como también en su contexto sociocultural.

La idea de este trabajo surge a partir de la realidad de que no siempre coincide la valoración del resultado quirúrgico desde el punto de vista del paciente y desde el punto de vista del cirujano: hay resultados que para el cirujano son satisfactorios y para los pacientes no lo son y por el contrario, resultados que para el cirujano son poco satisfactorios, para el paciente son motivo de alegría y orgullo.

Lo hemos adjudicado a muchos factores, estados de ánimo, depresión, expectativas previas, pero nos ha parecido un factor importante, la autoestima del paciente.

Se considera de vital importancia definir el “ciclo de la cirugía estética”: prequirúrgico, la cirugía en sí y el posoperatorio.

En el prequirúrgico, cobra relevancia el impacto y la confianza que despierta el cirujano en el paciente. Durante la cirugía en sí, la habilidad, la instrucción y la creatividad del cirujano. Y en el posoperatorio, son protagonistas la salud mental del paciente, su estado de ánimo, la relación médico paciente y el carácter-templanza del cirujano. Este “ciclo de la cirugía estética” no debe ser desconocido por ningún cirujano plástico y debería ser enseñado durante su formación.

OBJETIVOS

- Humanizar la mirada del cirujano plástico hacia su paciente.
- Reivindicar la Cirugía Estética.
- Objetivizar la influencia de factores psicológicos en el proceso o “ciclo” de cada cirugía estética.
- Contribuir con la seguridad del cirujano plástico en la “elección” de sus pacientes.

- Definir las contraindicaciones.
- Detectar enfermedades psiquiátricas en la población de cirugía plástica.
- Derivar los enfermos psiquiátricos para su correcto tratamiento colaborando así con la salud de la población.
- Agregar un elemento más en el armamentarium del cirujano plástico para su resguardo.
- Colaborar con los cirujanos que recién comienzan.

MATERIAL Y MÉTODOS

- Búsqueda de literatura pertinente en PubMed.
- Dos formularios recibidos como interconsulta al Dr. Castle DJ, Mental Health Research Institute, University of Melbourne, Parkville, VIC.
- Interconsulta con el Departamento de Psiquiatría de la UCA, Buenos Aires, Argentina.
- Aplicación en pacientes

RESULTADOS

A. Búsqueda de literatura pertinente en PubMed

Prima facie se acepta que la influencia de aspectos psicológicos del paciente juegan un rol importantísimo en el "ciclo" de una cirugía estética: prequirúrgico, la cirugía en sí y el posoperatorio.

(10) El perfil psicológico de los pacientes de cirugía estética difiere del de las personas que no consultan por cirugías, aunque estas diferencias no sean bien entendidas.

Por otro lado coinciden en que la relación médico-paciente en cirugía plástica no siempre es óptima. La satisfacción del paciente reduce implicancias legales y mejora el posoperatorio, por lo que concluimos que un estado de ánimo positivo de los pacientes facilita también el final del ciclo de la cirugía estética.

También consideran estos autores que identificar a los pacientes cuya cirugía debe ser contraindicada puede prevenir frustraciones tanto del paciente como del cirujano y evitar resultados extremadamente adversos.

Por otro lado, como ya hablaremos más tarde, las falsas expectativas de la "cirugía mágica" es responsabilidad de los *reality shows* y del saber popular: banalización de la Cirugía Plástica.

(4) Como bien se sabe, en Medicina y en Cirugía Plástica la relación médico paciente es un arte, y especialmente en Cirugía Estética.

Pero ese arte se ve "desafiado" por pacientes que presentan un posoperatorio con buenos resultados (4) y a pesar de esto se quejan. Es precisamente en este momento cuando entra en juego el arte del cirujano plástico de evitar situaciones difíciles. Una de las maneras más efectivas es tener un conocimiento apropiado de las patologías psicológicas que presentan estos pacientes eternamente insatisfechos; entonces, en ellos debería contraindicarse la cirugía, como explicaremos más adelante.

Los pacientes con BDD y narcisismo o personalidad histriónica sufren desórdenes mentales importantes, lo que podrían interferir con su sano juicio y llevar a hacer elecciones pobres al considerar cirugías estéticas. Los médicos que adquieran capacidad básica de entendimiento de estas patologías psiquiátricas podrán apropiadamente de-

teectar estos pacientes y mejorar su entendimiento de sus objetivos, realistas o irrealistas, (21) salvándose de hacer procedimientos inapropiados que causarían frustración a ambos.

En su trabajo "¿La Cirugía estética mejora el bienestar psicológico?" (3) Castle, del Mental Health Research Institute, University of Melbourne, Parkville, nos comenta que tanto hombres como mujeres han aumentado sus ansias por la apariencia física y buscan soluciones en la Cirugía Estética. Las cirugías más extensivas, que más cambian la fisonomía de los pacientes (por ejemplo, rinoplastias) parecen requerir más ajuste psicológico. Algunos pacientes NUNCA están satisfechos con las con los resultados a pesar de los procedimientos correctos. Algunos de ellos padecen un trastorno mental llamado *body dysmorphic disorder* (BDD).

El BDD es un trastorno mental que, consideramos, todo cirujano plástico debe conocer y es una de las contraindicaciones quirúrgicas: En la población de cirugía plástica de EE.UU., el 7% padece BDD (26) (19), (28), (15)

(24) El BDD está caracterizado por una preocupación estética con un mínimo o imaginario defecto de su apariencia física que lleva a una significativa disrupción de su actividad cotidiana. A pesar de que la prevalencia del BDD entre la población general es desconocida, evidencias recientes sugieren que tal desorden estaría presente sobre todo en las personas que buscan tratamientos estéticos. Evidencias preliminares sugieren que las personas con BDD no se benefician con estos tratamientos y frecuentemente presentan desmejoría de los síntomas del BDD.

(11) La angustia impulsa a estos pacientes a repetidas cirugías estéticas para corregir los defectos por ellos percibidos. Adicionalmente, suicidio y depresión son complicaciones frecuentes de BDD. (1)(29) Estos pacientes no buscan ayuda psiquiátrica sino que están preocupados por su aspecto exterior, lo que deja su BDD sin diagnóstico. El escaneo del BDD recobra gran importancia ya que el tratamiento psiquiátrico es efectivo. (17)

(18) La preocupación es angustiante por un defecto imaginario o leve de su aspecto, sobre todo de su piel, pelo y nariz. Los dermatólogos son los más frecuentemente consultados por los BDD. Es imposible predecir la conducta posttratamiento tanto dermatológico como quirúrgico; existen datos que es poco probable que sea exitoso, y empeoran al paciente.

Entre los resultados (25) de pacientes con diagnóstico de BDD, se observa predominancia en mujeres, solteras o divorciadas, improproductivas económicamente. Específicamente, en la población de liposucción en EE.UU., (9) el BDD afecta el 1% de pacientes pero del 7 al 15% de los que consultan por cirugías estéticas.

Es común que la población que consulta para aumento mamario (5) tenga cierta disconformidad corporal, pero una minoría sufre excesiva disconformidad, con diagnóstico de BDD, que se considera contraindicación quirúrgica. El impacto del resultado en otras áreas de funcionamiento como autoestima y calidad de vida es menos claro, ya que hay recientes estudios epidemiológicos que relacionan esta cirugía con suicidio.

(23) Treinta pacientes de aumento y de reducción mamaria fueron sometidas a un test de imagen corporal preoperatorio. Las de reducción mamaria mostraron gran insatisfacción de su imagen corporal

lo que se entiende por el aumento de peso. Cuando se les pregunta específicamente por sus mamas, las de reducción mamaria muestran gran disforia y comportamiento inadaptado, que incluye vergüenza en lugares públicos o eventos sociales, y eluden la actividad física. Los cirujanos plásticos deben estar atentos para diferenciar esta disforia de la del BDD, ya que en la población de mastoplastia de reducción (2) se aprecia, en el posoperatorio, mejoría de la calidad de vida, inclusión social y mejoría de su imagen corporal, que no se observan en caso de BDD.

Se ha investigado (14) la relación de los efectos de los *reality shows* de cirugía estética en cuanto a actitudes desordenadas en lo alimentario, comportamiento, humor, ansiedad y autoestima. (6) En su trabajo "La influencia de los *reality shows* de Cirugía Plástica en las expectativas del paciente y su decisión", Crockett RJ comenta que estos *realities* juegan un rol muy importante en la percepción de los pacientes de cirugía plástica. Los pacientes que miran uno o más de estos *reality shows* se sienten más conocedores de la cirugía estética en general y creen que las cirugías de los *reality shows* son más similares a la vida real que los espectadores que miran con menos asiduidad estos shows.

En su trabajo (13) "Litigación médica en Cirugía Estética", Mavroforou A, del departamento de Ciencias Forenses en Grecia, como conclusiones agrega que en la sociedad "litigiosa" de hoy, el mantenimiento de los altos estándares en la práctica cotidiana con continuo entrenamiento y la documentación adecuada de cada procedimiento son una defensa suficiente para el cirujano plástico en caso de litigio médico. El consentimiento informado se mantiene como una parte integral de la comunicación entre médico paciente y es vital para la protección del profesional.

B. Formularios recibidos de interconsulta con el Dr. Castle DJ

CUESTIONARIO PARA CIRUGÍA ESTÉTICA: VERSIÓN PARA EL PACIENTE

- Por favor, describa el problema por el que realiza la consulta estética.
- ¿Qué expectativas tiene del procedimiento estético que está considerando?
- ¿Por cuánto tiempo estuvo Ud. preocupada por el problema que la trae a la consulta hoy? (circule una)

<1 mes	1-12 meses	>12 meses
--------	------------	-----------
- ¿Por cuánto tiempo estuvo Ud. considerando consultar a un Cirujano Plástico? (circule una)

<1 mes	1-12 meses	>12 meses
--------	------------	-----------
- ¿Ha consultado otro especialista por otros problemas estéticos (no el que la/lo trae a la consulta de hoy)?

Sí	No
----	----

 - En caso afirmativo, ¿por qué problema? En caso negativo, vaya al punto 8
 - ¿Cuántos especialistas ha visto Ud.?
- ¿Ha recibido otros procedimientos estéticos?

Sí	No
----	----

 En caso afirmativo, ¿cuántos?
- Según su opinión, ¿los procedimientos estéticos previos han alcanzado las expectativas?

completamente	algo	para nada						
0	1	2	3	4	5	6	7	8
- En opinión de otra gente (amigos, familia), ¿los procedimientos estéticos previos alcanzaron sus expectativas?

completamente	algo	para nada						
0	1	2	3	4	5	6	7	8
- La consulta de hoy es:
 - Idea mía.
 - Idea mía, pero apoyada por amigos/familia.
 - Idea mía, pero otros piensan que es innecesaria.
 - Por sugerencia de otros.
- Clasifique la severidad de su problema estético como Ud.lo ve

no preocupante	no especialmente preocupante	extremadamente preocupante						
0	1	2	3	4	5	6	7	8
- Clasifique la severidad de su problema estético como otros lo ven

nadie ve mi problema	otros notan mi problema	otros piensan que es horrible						
0	1	2	3	4	5	6	7	8
- ¿Ud piensa que otros dan especial atención de su problema estético (por ej, comentarios, lo/a observan, la/o ridiculizan)?

para nada	un poco	mucho	la mayor parte del tiempo					
0	1	2	3	4	5	6	7	8
- ¿Cuánto tiempo destina a pensar Ud. cada día sobre su problema estético por el que consulta hoy?

nada	un poco (<1 hora)	mucho (4 horas)	la mayor parte del tiempo (12 horas)					
0	1	2	3	4	5	6	7	8
- ¿Hay cosas que Ud. evita por su aflicción con su apariencia?

SÍ	NO
----	----

 En caso afirmativo, ¿cuáles?
- Todo lo relativo al problema por el que Ud. consulta, ¿lo preocupa? Esto es, ¿Ud. piensa demasiado en ello y desearía poder pensar menos?

nada	un poco (<1 hora)	mucho (4 horas)	la mayor parte del tiempo (12 horas)					
0	1	2	3	4	5	6	7	8



16. Todo lo relativo al problema por el que Ud. consulta, la/o angustia? Cómo describiría Ud. el grado de angustia?

para nada	un poco	moderada-mente	severamente	extremada-mente
0	1	2	3	4
5	6	7	8	

17. ¿Qué tipo de cosas hace Ud. para ocultar esa angustia?

18. A partir de mi problema estético, mi habilidad en el trabajo o estudio es afectada:

para nada	poco	definitiva-mente	marcada-mente	severamente (no puedo trabajar)
0	1	2	3	4
5	6	7	8	

19. A partir de mi problema estético, mi trabajo en casa (por ejemplo, limpiar, ordenar, hacer compras, cocinar, cuidar mi casa o niños, pagar cuentas) es afectado:

para nada	poco	definitiva-mente	marcada-mente	severamente (no puedo hacerlo)
0	1	2	3	4
5	6	7	8	

20. A partir de mi problema estético, mi actividad social (con otras personas, por ejemplo, fiestas, bares, clubes, visitas, citas, entretenimiento en casa)

para nada	poco	definitiva-mente	marcada-mente	severamente (nunca lo hago)
0	1	2	3	4
5	6	7	8	

21. A partir de mi problema estético, mis actividades de tiempo libre son afectadas (por ejemplo, leer, hacer el jardín, coser, caminar solo/a)

para nada	poco	definitiva-mente	marcada-mente	severamente (nunca lo hago)
0	1	2	3	4
5	6	7	8	

22. ¿Qué es lo que Ud. necesita, física o espiritualmente, a su parecer?

Esta última pregunta la hemos agregado nosotros para abrir aún más el diálogo y detectar casos con falsas expectativas que crean que con una cirugía estética solucionarían otros problemas. También para hacer reflexionar al paciente si realmente está buscando una cirugía estética o tiene otras necesidades espirituales.

CUESTIONARIO PARA CIRUGÍA ESTÉTICA: VERSIÓN PARA EL CIRUJANO

Procedimiento solicitado/propuesto

1. Cómo describiría el problema por el que el paciente concurre hoy a la consulta?

no existe	mínimo	notable	moderado	severo
0	1	2	3	4
5	6	7	8	

2. La inquietud del paciente es:

Factible para el procedimiento a realizar	Probablemente factible con el procedimiento a realizar	Improbable
0	1	2
3	4	5
6	7	8

3. ¿Piensa que las expectativas del paciente de la cirugía estética son realistas?

Muy realistas y equilibradas	Realistas, pero tiende a sobreestimar el procedimiento	No realistas, espe- ra más de lo que se logrará
0	1	2
3	4	5
6	7	8

4. ¿Piensa que las expectativas del paciente de los resultados de la cirugía estética son realistas?

Muy realistas y equilibradas	Realistas, pero tiende a sobreestimar el procedimiento	No realistas, espe- ra más de lo que se logrará
0	1	2
3	4	5
6	7	8

CLASIFICACIÓN DEL CIRUJANO

¿Tiene el paciente *body dismorphic disorder*? Esto es: ¿se observan todos estos ítems?

a. El paciente se preocupa por un defecto imaginario en su apariencia. Si existe una anomalía mínima, la preocupación del paciente es marcadamente excesiva.

Sí No

b. Esta preocupación ocasiona en el paciente angustia o deterioro en el área social, ocupacional u otras áreas importantes de su actividad.

Sí No

c. Esta preocupación no puede atribuirse a otros desórdenes mentales (por ejemplo, anorexia nerviosa).

Sí No

Contabilizar a-c: Sí..... No.....

CUESTIONARIO POSQUIRÚRGICO

Los resultados para el cirujano son:

malos regulares buenos muy buenos

La valoración del paciente con respecto a los resultados es:

mala regular buena o correcta

Este último cuestionario también lo hemos agregado para seguir investigando los factores que influyen en la valoración de los resultados, enfrentándolo con el prequirúrgico.

Sumamos a esta intención, el objetivo de detectar las coincidencias o no entre la opinión del paciente y la del cirujano y descubrir por qué el resultado no es valorado por el paciente.



C. Interconsulta con el Departamento de Psiquiatría de la UCA
Hemos realizado una interconsulta con la Dra. Adriana Casals, de la Cátedra de Psiquiatría de la UCA, Buenos Aires, y nos dijo:

- Los formularios nos ayudan a detectar fallas en la autoestima, a descubrir las falsas expectativas y a definir enfermedades psiquiátricas.
- Los formularios deben tener nombre y apellido del paciente.
- Se debe hacer hincapié en la empática relación médico-paciente.
- Las contraindicaciones pueden ser provisorias hasta su tratamiento.

D. Aplicación en pacientes

Los cuestionarios se aplicaron en 60 pacientes.

Contraindicaciones: UNA

Se escriben en este trabajo sólo las iniciales del paciente para conservar su identidad. En nuestros archivos deberemos tener el nombre y apellido completo.

Caso 1: consulta por mastopexia

Se observa autoestima correcta. No es una inquietud exagerada solo quiere verse mejor. No implica un impedimento a las tareas cotidianas lo que significa que no es una preocupación patológica y no tiene falsas expectativas: se opera.

Caso 2: consulta por implantes mamarios

Se observa autoestima correcta pero, ante una complicación posoperatoria, disminuye la confianza al cirujano. Gracias a una buena relación médico-paciente esto logra superarse y la valoración del resultado es correcta.

Caso 3: consulta por lipoaspiración

Se observa en este cuestionario autoestima baja con resultados buenos de procedimientos anteriores que la paciente no valora como tales. Preocupación diaria de más de 8 horas y cierto impedimento en las tareas cotidianas. Se realiza interconsulta con Psiquiatría y no se opera por el momento.

Caso 4: consulta por rinoplastia

Se observa autoestima correcta en la paciente, con cuestionarios correctos pero cierta ansiedad en la madre y preocupación. Luego de un diálogo exhaustivo en varias consultas desaparecen todas las dudas. Se opera sabiendo que la que va a estar ansiosa es la madre y así fue. Los resultados fueron de su agrado y no hubo problemas.

DISCUSIÓN

En general, los cuestionarios arrojaron una autoestima correcta, la mayoría con una angustia relativa pero que no les impide realizar su trabajo ni sus actividades sociales.

Ningún caso ha sido contraindicado. En todos los casos los cuestionarios colaboraron con el diálogo médico-paciente y una explicación más amplia de la repercusión de los aspectos psicológicos en la evolución del posoperatorio.

Si bien en estos casos no hemos detectado patologías como para contraindicar las cirugías, ha sido muy útil el cuestionario para indagar aspectos de la paciente que de otra manera no los hubiéramos preguntado.

Los cuestionarios dan claridad y colaboran con la explicación en la consulta.

En una de las consultas, al realizar el cuestionario, nos ha parecido que la paciente era estable psicológicamente de acuerdo con los parámetros presentados en ellos, pero luego de la cirugía se observa una depresión que repercute en la evolución posoperatoria. La paciente tuvo una complicación: un seroma que fue drenado y evolucionó bien. Surgen dos preguntas o inquietudes: ¿Esa depresión posoperatoria podría haber sido detectada o sólo se “gatilla” con la cirugía? ¿Sería necesario que el cirujano contara con un test más amplio, como para detectar estos tipos de patologías?

En este caso en particular, si bien la relación médico paciente se vio dañada por la depresión de la paciente, el diálogo continuo contribuyó con el sostén de la relación y por fortuna la paciente evolucionó correctamente.

Es importante en este punto hablar, por qué no, de la psiquis del cirujano. Seguramente sería tema para un trabajo ulterior, pero se puede adelantar que la psiquis del profesional también se ve influida por la del paciente, sobre todo ante las complicaciones o la falta de valoración correcta del resultado quirúrgico. Es muy importante conservar el equilibrio y el diálogo para mantener la relación médico-paciente en el mejor estado posible. Y POR SOBRE TODO *mantener distancia suficiente PARA LOGRAR UNA VISIÓN* objetiva y no *comprometerse* con la psiquis del paciente: eso no depende del cirujano.

Los factores intrínsecos del paciente son subjetivos: aspectos psicológicos, autoestima. También lo son los factores intrínsecos del cirujano: su intuición y su capacidad para crear una buena relación médico-paciente. Pero consideramos que en este trabajo logramos dar luz a este misterio.

También es discutible que lograr unanimidad entre los cirujanos plásticos es una utopía. Tener parámetros objetivos como estos formularios podría servir para estandarizar, al menos, las contraindicaciones en cirugía estética.

El peligro en nuestra especialidad surge de la diversidad de los factores que entran en juego en el ciclo de la cirugía estética, por lo que es nuestro deber y nuestro derecho conocerlos todos en profundidad.

Entre los factores externos están los *reality shows*: éstos no van a desaparecer, es más, van a ser cada vez más ya que son potencia económica.

Con respecto a los cambios culturales, es discutible considerar que sólo dependen de las diferencias geográficas; debemos considerar también el cambio de modas en un mismo país, que por otra parte se produce en muy poco tiempo.

Otro ítem importante para discutir son los aspectos legales. Aquí entran en juego muchos factores. Consideramos importante siempre tener en cuenta instrumentos objetivos como los formularios y los consentimientos, pero también es importante formar a los cirujanos para una buena relación médico-paciente y detectar los casos para contraindicar una cirugía estética.

CONCLUSIONES

Observamos que los desórdenes más comunes que viven las personas actualmente, tales como la depresión, las angustias, la disconformidad consigo mismo, no son detectados por los formularios presentados y, lamentablemente, tienen influencia en la valoración de los resultados posquirúrgicos y en la existencia o no de complicaciones. Seguiremos buscando la existencia de parámetros objetivos para distinguir la existencia de dichos desórdenes si es que esto es posible. Sabemos que realizar una interconsulta con el psiquiatra cada vez que recibamos una consulta estética es imposible entonces llegamos a la siguiente conclusión:

- Dar como sentado que los desórdenes comunes van a existir en todos o casi todos los pacientes.
- Decir al paciente que los desórdenes psicológicos influyen en el posoperatorio (aunque ellos no reconozcan que existen en general los niegan).
- Tratar de ser objetivo y no enredarse con la psiquis del paciente en el posoperatorio.
- El paciente completamente sano psicológicamente no existe, o hay pocos.
- Apelar a la intuición para detectar estos desórdenes leves.
- Diálogo exhaustivo para aclarar que el paciente y el cirujano *“son un equipo”*.

Todas estas premisas han sido aplicadas en el diálogo con nuestros pacientes. Aún así existen pacientes difíciles, pero nos arriesgamos a pensar que, gracias al cumplimiento de ellas, no hemos llegado a problemas graves de entendimiento.

Nunca está de más tomar el máximo de recaudos en el cumplimiento de premisas que no son tan difíciles de aplicar.

Es cierto que la experiencia dice que ante las complicaciones el paciente tiende a culpar al médico, y eso se observa con frecuencia creciente: falta de respeto hacia el profesional, a las normas y a las reglas. Estamos en la era del posmodernismo en el que se desdibujan los límites de absolutamente todo. Es entonces que debemos ahondar en nuestro conocimiento de que algo más allá de lo que vemos y tocamos existe, y perfeccionar nuestra intuición.

Sobre todo (y aquí se relaciona con la protección legal del cirujano): no hacernos cargo de los desórdenes psíquicos que pueda tener el paciente. Nosotros estamos al servicio del paciente pero debemos mantener nuestra distancia y nuestra integridad.

Una pequeña flaqueza puede traer aparejado un sentimiento de culpa y un indicio de que el paciente tiene razón.

Esto requiere de una gran entereza y que nos mantengamos firmemente parados en nosotros mismos.

La conclusión importante, entonces, que se desprende de lo dicho es que para una buena relación médico-paciente el cirujano debe ser íntegro y gozar de equilibrio emocional.

Ante la complicación, verla desde un punto panorámico, observarla y pedir interconsultas. Olvidar el reconocimiento del paciente y velar por su salud en forma desinteresada, más allá de que éste lo reconozca.

Pensar objetivamente qué se debe mejorar para la próxima si esa complicación no sólo ha dependido de los imponderables y de los desórdenes psíquicos del paciente.

Los formularios nos permitirán detectar las patologías psíquicas más graves, las que hacen difícil la vida social cotidiana del paciente, aunque como vimos su número no es grande en nuestra población; por otro lado, los formularios no detectan los pequeños desórdenes que toda persona puede padecer.

Entonces debemos “afilarse” nuestra intuición, “ampliar” nuestro diálogo con el paciente y “revisar” nuestra integridad físico-psico-espiritual, ya que de ello dependerá que existan o no momentos incordiosos y hasta consecuencias legales con nuestros pacientes.

Para detectar los desórdenes psíquicos como depresión, angustia y estrés, además de nuestra intuición, agregamos al cuestionario del paciente la pregunta 22: “¿Qué necesita Ud. en el orden físico psíquico y espiritual?”

De esta manera abrimos el diálogo, podremos detectar más fácilmente el resto de los desórdenes psíquicos y explicar claramente qué se puede lograr con la cirugía plástica y qué no.

Si lo agregamos en los formularios, le damos la posibilidad al paciente de que lo escriba y de esta manera podrá descubrir cosas que quizás ni él mismo haya sospechado hasta este momento. Por otro lado al estar escrito queda como un documento al que contestaremos en el formulario del cirujano plástico.

Los factores provenientes de nuestros pacientes, como su personalidad, el momento en el que vive, factores socioculturales y las enfermedades psiquiátricas, muchas de ellas imperceptibles ante nuestros ojos, son los que plantean al cirujano muchas dificultades para tomarlos en cuenta, ya que son factores “invisibles”. Pero son tan importantes como el resto de los factores que entran en juego en el ciclo de la cirugía plástica, por lo que consideramos de radical importancia la formación del cirujano plástico al respecto.

En el mundo de hoy, que es el mundo de la imagen, ésta juega cada vez más un papel importante en la vida de las personas. Así surgen las inquietudes estéticas, muchas veces sanas o normales; pero también emerge un abanico de enfermedades psiquiátricas, que el cirujano plástico debe conocer y estar preparado para diagnosticarlas antes de la cirugía. Ello evitará situaciones de infortunio al paciente y al propio cirujano. Por lo que concluimos que nuestro trabajo es un importante aporte para la seguridad del cirujano.

La autoestima es variable en distintas personas e incluso en distintos momentos de la vida en la misma persona. A su vez, debemos valorar que no es lo mismo una paciente mujer que un paciente hombre. El conocimiento de aspectos psicológicos del paciente es un tema relevante y concluimos que existen contraindicaciones en Cirugía Plástica.

Las contraindicaciones que se desprenden de este trabajo son:

- Bulimia y Anorexia.
- BDD.
- Depresión.
- Autoestima baja.
- Falsas expectativas, malos conceptos de cirugías anteriores, etc.

La colaboración de la Dra. Casals del Departamento de Psiquiatría de la UCA, nos aporta un dato relevante: *las patologías psiquiátricas pueden tratarse y dejarán de ser contraindicaciones*.

La necesidad de humanizar a la Cirugía Estética, tan denigrada por la sociedad, como un servicio tan importante como otras cirugías, es nuestro deber, concientizándonos primero nosotros.

Debemos cambiar nuestra mirada hacia la Cirugía Estética, considerándola como un servicio por el que el paciente va a reintegrarse con más ganas a la sociedad, va a solicitar un trabajo con la frente en alto y va a llevar adelante una familia con más ímpetu.

No necesitamos tests psicológicos para tener esta certeza, la percibimos de la realidad.

Es un hecho que la cirugía estética mejora la reintegración a la sociedad del paciente, SIEMPRE Y CUANDO PARTAMOS DE UNA PERSONA SANA PSIQUICAMENTE; de allí la importancia de los "formularios".

Para descubrir al paciente, las contraindicaciones y evitar "desencuentros" posquirúrgicos, consideramos como prioridad la construcción de una buena relación médico-paciente, que por supuesto comienza con un buen diálogo con el paciente en las consultas previas a la cirugía.

- Buena relación médico-paciente: construida en varias consultas si es posible.
- Intuición.
- Descartar posibles patologías psiquiátricas aplicando los formularios en todos los pacientes.
- Valoración de la autoestima
- Valoración de desórdenes psíquicos.
- Consentimiento informado.

A partir de estas conclusiones, ponemos a consideración, como propuesta, agregar algunas materias a la carrera de Cirugía Plástica para prevenir problemas graves de desentendimiento con el paciente:

Filosofía, para cambiar nuestra mirada.

Psiquiatría, para evitar intervenir a pacientes con enfermedades mentales.

Ética Médica, para evitar falta de ética hacia otros colegas y hacia el paciente.

Lamentablemente, si no nos involucramos en la lucha contra la deshumanización del mundo hacia la tecnificación de la mente y el espíritu, nuestra profesión tiene futuro incierto.

Al cambiar nuestra mirada prevenimos todos aquellos "borderline": simplemente con Amor.

Humanizar la relación médico-paciente es no mirar a nuestros pacientes como máquinas sino dirigirles una mirada de Amor.

BIBLIOGRAFÍA

1. Anderson RC. Body dysmorphic disorder: recognition and treatment. *Plast Surg Nurs*. 2003 Fall;23(3):125-128; quiz 129.
2. Borkenhagen A, Röhrich F, Preiss S, Schneider W, Brähler E. Changes in body image and health-related quality of life following breast reduction surgery in German macromastia patients: a new tool for measuring body image changes. *Ann Plast Surg*. 2007 Apr;58(4):364-70.
3. Castle DJ, Honigman RJ, Phillips KA. Does cosmetic surgery improve psychosocial wellbeing? *Plast Reconstr Surg*. 1998 May;101(6):1644-9. Links: *Plast Surg Nurs*. 1997 Winter;17(4):193-7, 209; quiz 198-9. Links *Med J Aust*. 2002 Jun 17;176(12):601-4. Links *Comment in: Med J Aust*. 2002 Oct 21;177(8):461-2.
4. Connell BF, Gunter J, Mayer T, Miller S, Segal J, Smith HW, Tardy E, Waldman SR, Chatham DR. Roundtable: discussion of "the difficult patient". *Facial Plast Surg Clin North Am*. 2008 May;16(2):249-58.
5. Crerand CE, Infield AL, Sarwer DB. Psychological considerations in cosmetic breast augmentation. *Plast Surg Nurs*. 2007 Jul-Sep;27(3):146-54.
6. Crockett RJ, Pruzinsky T, Persing JA. The influence of plastic surgery "reality TV" on cosmetic surgery patient expectations and decision making. *Plast Reconstr Surg*. 2007 Jul;120(1):316-24.
7. Figueroa C. Self-esteem and cosmetic surgery: is there a relationship between the two? *Plast Surg Nurs*. 2003 Spring;23(1):21-4.
8. Fontenelle LF, Telles LL, Nazar BP, de Menezes GB, do Nascimento AL, Mendlowicz MV, Versiani M. A sociodemographic, phenomenological, and long-term follow-up study of patients with body dysmorphic disorder in Brazil. *Int J Psychiatry Med* 2006;36(2):243-59.
9. Glaser DA, Kaminer MS. Body dysmorphic disorder and the liposuction patient. *Facial Plast Surg*. 2006 Aug;22(3):194-7. Links *Dermatol Surg*. 2005 May;31(5):559-60; discussion 561.
10. Grossbart TA, Sarwer DB. Psychosocial issues and their relevance to the cosmetic surgery patient. *Semin Cutan Med Surg*. 2003 Jun;22(2):136-47.
11. Hollander E, Aronowitz BR. Comorbid social anxiety and body dysmorphic disorder: managing the complicated patient. *J Clin Psychiatry*. 1999;60 Suppl 9:27-31.
12. Jakubietz M, Jakubietz RJ, Kloss DF, Gruenert JJ. Body dysmorphic disorder: diagnosis and approach. *Plast Reconstr Surg*. 2007 May;119(6):1924-30.
13. Mavroforou A, Giannoukas A, Michalodimitrakis E. Medical litigation in cosmetic plastic surgery. *Med Law*. 2004;23(3):479-88.
14. Parker R. Cosmetic surgery in Australia: a risky business? *J Law Med*. 2007 Aug;15(1):14-8.
15. Phillips KA. Body dysmorphic disorder: diagnosis and treatment of imagined ugliness. *J Clin Psychiatry*. 1996;57 Suppl 8:61-4; discussion 65.
16. Phillips KA. Body dysmorphic disorder: clinical aspects and treatment strategies.
17. Phillips KA. Body dysmorphic disorder and depression: theoretical considerations and treatment strategies. *Int J Psychiatry Med*. 2006;36(2):243-59. Links *Psychiatr Q*. 1999 Winter;70(4):313-31.
18. Phillips KA, Dufresne RG. Body dysmorphic disorder. A guide for dermatologists and cosmetic surgeons. *Am J Clin Dermatol*. 2000 Jul-Aug;1(4):235-43.
19. Phillips KA, Dufresne RG Jr. Body dysmorphic disorder: a guide for primary care physicians. *Prim Care*. 2002 Mar;29(1):99-111, vii.
20. Phillips KA, Pinto A, Menard W, Eisen JL, Mancebo M, Rasmussen SA. Obsessive-compulsive disorder versus body dysmorphic disorder: a comparison study of two possibly related disorders. *Depress Anxiety*. 2007;24(6):399-409.
21. Ritvo EC, Melnick I, Marcus GR, Glick ID. Psychiatric conditions in cosmetic surgery patients. *Facial Plast Surg*. 2006 Aug;22(3):194-7.
22. Sarwer DB. The "obsessive" cosmetic surgery patient: a consideration of body image dissatisfaction and body dysmorphic disorder. *Plast Surg Nurs*. 1997 Winter;17(4):193-7, 209; quiz 198-9.
23. Sarwer DB, Bartlett SP, Bucky LP, La Rossa D, Low DW, Pertschuk MJ, Wadden TA, Whitaker LA. Bigger is not always better: body image dissatisfaction in breast reduction and breast augmentation patients. *Plast Reconstr Surg*. 1998 Jun;101(7):1956-61; discussion 1962-3.



24. Sarwer DB, Crerand CE, Didie ER. Body dysmorphic disorder in cosmetic surgery patients. *Facial Plast Surg.* 2003 Feb;19(1):7-18.
25. Sarwer DB, LaRossa D, Bartlett SP, Low DW, Bucky LP, Whitaker LA. Body image concerns of breast augmentation patients. *Plast Reconstr Surg.* 2003 Jul;112(1):83-90.
26. Sarwer DB, Wadden TA, Pertschuk MJ, Whitaker LA. Body image dissatisfaction and body dysmorphic disorder in 100 cosmetic surgery patients. *Med J Aust.* 2002 Jun 17;176(12):601-4. Comment in: *Plast Reconstr Surg.* 1998 May;101(6):1644-9.
27. Sarwer DB, Whitaker LA, Pertschuk MJ, Wadden TA. Body image concerns of reconstructive surgery patients: an underrecognized problem. *Ann Plast Surg.* 1998 Apr;40(4):403-7.
28. Veale D. Body dysmorphic disorder. *Postgrad Med J.* 2004 Feb;80(940):67-71.
29. Tuijl JP. Body dysmorphic disorder: insufficiently recognized. *Ned Tijdschr Geneeskd.* 2006 Jan 14;150(2):75-6. Comment on: *Ned Tijdschr Geneeskd.* 2006 Jan 14;150(2):97-100.



EL COLGAJO SUPRACLAVICULAR EN LAS SECUELAS DE QUEMADURAS CERVICALES. 14 AÑOS DE EXPERIENCIA

THE SUPRACLAVICULAR FLAP FOR THE NECK BURNS SEQUELAE. 14 YEARS OF EXPERIENCE

Armando L. Pomerane¹, Carlos E. Seready², Vicente H. Bertone³, Daniel Dominikow⁴, Juan C. Ortega⁵

1. Médico de Planta del Servicio de Cirugía Plástica del Hospital de Quemados - GCBA. 2. Jefe de Internación del Servicio de Cirugía Plástica del Hospital de Quemados - GCBA. 3. Jefe del Servicio de Cirugía Plástica del Hospital de Quemados - GCBA. 4. Médico del Servicio de Urgencias del Hospital de Quemados - GCBA. 5. Director del Hospital de Quemados - GCBA.

RESUMEN

Múltiples técnicas se han propuesto para el tratamiento de las secuelas cicatrizales de quemaduras en cuello.

El colgajo supraclavicular representa una opción muy valiosa por presentar un pedículo constante que al aportar tejido de la vecindad, logra una mejor restauración cosmética.

Presentamos una serie de 111 pacientes tratados entre 1997 y 2010. En el 65,76% (n=73) se lo talló a pedículo cutáneo y en el 34,23% (n= 38) en isla. El cierre de la zona dadora fue realizado en forma primaria en el 63,82% (n=70) de los casos y en el 36,17% (n=41) se emplearon autoinjertos. El porcentaje de complicaciones fue del 9%, repartidos entre dos necrosis totales del colgajo (1,8%), seis necrosis distales (5,4%) y dos hematomas (1,8%).

Exponemos nuestra experiencia con el colgajo supraclavicular para el tratamiento de las complejas retracciones cervicales. Esta técnica es de suma utilidad y la anatomía vascular está ampliamente descrita, lo que permite evitar lesiones al pedículo.

Palabras clave: quemaduras, reconstrucción de cuello, colgajos de rotación.

SUMMARY

Multiple techniques have been put forward for the treatment of burned neck contractures.

The supraclavicular flap technique is a valued option as it contains a constant pedicle and because it uses neighbouring tissues, achieving a better cosmetic restoration.

We present our portfolio of 111 patients who received treatment between 1997 and 2010. In 65,76% of the cases (n=73) it was harvested preserving a skin pedicle and in 34,23% of the cases (n=38) the island flap technique was utilized.*

The donor site was closed primarily in 63,82% (n=70) and in 36,17% of the cases (n=41) split-thickness skin grafts were used.

The percentage of cases which showed complications was 9%, including two full flap necrosis (1.8%), six distal necrosis (5.4%) and two hematomas (1.8%).

We present our experience on the supraclavicular flap technique for treatment of complex cervical retractions. This technique is very useful and the vascular anatomy is described in great detail, which prevents injuries to the pedicle.

Keywords: burns, neck reconstruction, rotation flaps.

INTRODUCCIÓN

La porción anterior del cuello representa un área de difícil reconstrucción ya que es una región con actividad multidireccional, de piel muy fina y plegable, con tendencia a formar cicatrices retráctiles. Este tipo de cicatrices llevan a una restricción en el rango de movimientos y puede afectar al tercio inferior de la cara.

Los pacientes con sinequias cervicales posquemaduras pueden presentar además rigidez en los hombros, cefaleas, alteraciones dentarias por el ectropión labial y por la retropulsión del maxilar asociado y una severa restricción en la interacción con el medio social.

Los procedimientos reconstructivos en cabeza y cuello contemplan una amplia variedad de técnicas como autoinjertos, colgajos locales, expansión tisular y colgajos microquirúrgicos.

El objetivo primordial del tratamiento de las contracturas mentoes-ternales es la liberación integral del área cicatrizal y la restauración funcional. Esto contempla la restitución cosmética de la silueta cervical (**Figura 1**), brindando especial atención al ángulo cervicomandibular para lograr nuevamente una apariencia natural del escote.

Tomando en consideración el trabajo de Lee y Kwang¹ sobre el espesor de la piel en la región supraclavicular, la piel fina con escaso contenido graso de esta región es la más apropiada para reconstruir el cuello. Una ventaja adicional es la concordancia en color y textura con morbilidad reducida de la zona dadora.

Comparando con otras técnicas, el colgajo supraclavicular presenta un mejor resultado estético sin la retracción que presentan los autoinjertos y una mejor vascularización y calidad de piel que los colgajos microquirúrgicos.



Figura 1. Vista escultórica de la armonía de la región cervical.

Presentamos nuestra experiencia a lo largo de 14 años y 111 pacientes con el colgajo supraclavicular, en el Servicio de Cirugía Plástica del Hospital de Quemados del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Representa una de las técnicas reconstructivas de elección en la reparación de los defectos de las regiones cervicofacial, torácica y dorsal superior.

ANTECEDENTES HISTÓRICOS

El primer antecedente surge del concepto formulado por Gillies,² en 1920, según el cual cuanto más cercano esté el sitio donante, mayor similitud tendrá con el sitio receptor.

En 1842, Thomas Mutter describió por primera vez un colgajo random que se extendía sobre el hombro y miembro superior; éste fue retomado y modificado por Zovickian,³ en 1957.

Hacia 1903, el anatomista Toldt ilustró y nombró la arteria cervical superficial, originada en el tronco tirocervical. En 1949 tuvo su primera aplicación clínica, como colgajo del hombro “en charretera”, pero fue Lamberty,^{4,5,13} en 1979, quien describió el colgajo supraclavicular basado en las ilustraciones del anatomista, rebautizándolo como colgajo cervicohumeral. Al mismo tiempo, Vasconez y Mathes⁶ definían el territorio vascular y aplicaciones clínicas de esta arteria.

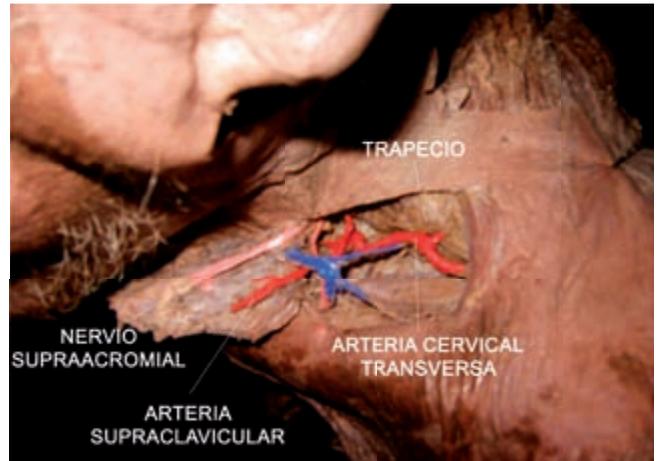


Figura 2. Identificación en cadáver de la arteria cervical transversa y la arteria supraclavicular emergiendo de la misma.



Figura 3. Diseño del colgajo fusiforme (que facilita el cierre primario de la zona dadora).

Otro antecedente es el colgajo descrito por Nakajima y Fujino,⁷ en 1984, nutrido por la arteria cervical superficial pero con zona dadora paravertebral, que resulta de baja calidad estética para la reconstrucción de las secuelas de quemaduras en el cuello.

Durante un largo período no se registraron nuevas referencias sobre su uso en cirugía reconstructiva. Fue Pallua,^{5,6,8-10} en 1990, quien lo redescubrió y popularizó su uso tal como lo conocemos hoy día: “el colgajo supraclavicular en isla”.

En 1997, Strauch y Ree⁷ presentaron el colgajo fasciocutáneo supraclavicular en isla, creando una gran área adecuada para recubrir las lesiones del cuello.

MATERIAL Y MÉTODOS

Descripción anatómica

Habitualmente se describe la arteria supraclavicular emergiendo en el 100% de los casos a 3-4 cm del origen de la arteria cer-



vical transversa; sin embargo, Vinh et al. encontraron que en el 7% puede emerger de la arteria supraescapular (**Figura 2**).¹¹ Se la puede ubicar $3 \pm 0,7$ cm por arriba de la clavícula, a $8,2 \pm 1,7$ cm de la articulación esternoclavicular y $2,1 \pm 0,9$ cm dorsal al músculo esternocleidomastoideo.

El drenaje venoso se realiza a través de la vena cervical transversa acompañante.

En todos los casos se encuentra en un triángulo delimitado por el borde dorsal del esternocleidomastoideo, la vena yugular externa y la porción medial de la clavícula.

Desde su nacimiento se dirige hacia la articulación acromioclavicular, donde se divide en pequeñas ramas que alcanzan la porción superior del deltoides. Se fusiona con la red vascular de las perforantes musculocutáneas del músculo trapecio en la región dorsal y con la red vascular de las ramas cutáneas de la arteria toracoacromial en el tórax anterior (**Tabla 1**).

Tabla 1. Ficha técnica del colgajo supraclavicular.

Composición	Dermograso
Pedículo	Arterial
Flujo arterial	Anterógrado
Irrigación	Fasciocutánea
Inervación	Sensitiva cervical

Técnica quirúrgica

El tamaño del colgajo se diseña según la anatomía del hombro del paciente. Los mejores diseños tienen forma de huso (fusiforme) para facilitar el cierre primario o en cola de pescado que permite un cierre primario en línea quebrada (**Figura 3**).

Se coloca al paciente en decúbito dorsal lateralizando la cintura escapular homolateral en un ángulo de 45 grados. Se comienza la disección por el extremo distal, incidiendo hasta el plano aponeurótico. Hacia la porción medial del colgajo, se puede ya identificar el pedículo supraclavicular por transiluminación.

Se progresa hasta el triángulo omotrapecial, en cuyo tejido graso periganglionar se encuentra la emergencia de la arteria. Se deben preservar los pedículos venosos acompañantes para evitar trastornos del retorno venoso del colgajo.

Una vez logrado un ángulo de rotación suficiente, se procede a disecar el área cicatrizal en forma amplia hasta la fascia profunda, liberando las contracturas por completo.

Puede ser diseñado en isla (rota 180 grados y abarca un área más larga) o con pedículo cutáneo. Es fundamental comprender que mientras mayor sea el nivel de exploración, mayor va a ser el riesgo de lesión vasculonerviosa.

Cuando el ancho del colgajo no supera los 10 cm, la zona dadora puede ser cerrada en forma primaria mediante un extenso

Casos clínicos

Caso 1: paciente de 34 años, que sufrió quemadura térmica durante la infancia. Es admitida en nuestro Servicio con diagnóstico de retracción cervical severa. Se decide realizar un colgajo supraclavicular en isla, que permite la liberación de toda el área cicatrizal y el cierre de la zona dadora en forma primaria. El posoperatorio transcurre sin complicaciones y es dada de alta a las 48 horas (**Figuras 4 y 5**).

despegamiento. En caso contrario, cuando el tamaño del colgajo es superior a 10 cm, se realiza un autoinjerto de piel parcial. Se pueden tallar colgajos de 11 cm de ancho por 21 cm de largo delimitando un área entre el borde inferior de la clavícula, el borde superior del músculo trapecio y el brazo. Existe la posibilidad de ampliar los márgenes incluyendo en la disección los vasos circunflejos humerales (supercarga). También está descrita la expansión previa, la prefabricación y el diseño bilobulado sobre el territorio de la arteria toracoacromial.

Pallúa propone un colgajo tunelizado para una menor morbilidad del sitio dador, reduciendo considerablemente la cicatriz¹⁰.

EXPERIENCIA CLÍNICA

Desde 1997 hasta 2010 se utilizó el colgajo supraclavicular para el tratamiento de las retracciones mentocervicales y mentotorácicas en 111 pacientes, 22 de sexo masculino (19,81%) y 89 pacientes de sexo femenino (80,18%). El rango etario fue de 6 a 78 años ($\bar{x} = 35,55$ años).

En nuestro Servicio, que cuenta con cirujanos entrenados, el tiempo promedio de duración del procedimiento fue de 2 horas con 43 minutos.

En 5 pacientes (4,5%) se tallaron colgajos bilaterales y en 2 casos (1,8%) los colgajos fueron previamente expandidos. En el 63,82% el cierre de la zona dadora fue realizado en forma primaria y en el 36,17% se utilizaron autoinjertos.

Se tallaron 73 colgajos a pedículo cutáneo (65,76%) y 38 colgajos en isla (34,23%).

Con respecto a las complicaciones, el porcentaje total fue del 9%. Se detallan en la **Tabla 2**. En dos pacientes hubo necrosis total del colgajo (1,8%), realizándose autoinjertos de piel total para la reconstrucción. Seis pacientes presentaron necrosis distal del colgajo, cuyo tratamiento fue en todos los casos conservador. En dos pacientes con hematomas (1,8%) se drenó por aspiración uno de los casos mientras que el otro requirió drenaje quirúrgico. Cabe aclarar que se excluye en este porcentaje a las dehiscencias localizadas de la zona dadora en los cierres primarios, ya que en todos los casos se obtuvo el cierre por segunda intención.

Tabla 2. Complicaciones del colgajo supraclavicular.

Complicación	Cantidad de casos (%)
Necrosis total del colgajo	2 (1,8%)
Necrosis distal del colgajo	6 (5,4%)
Hematoma	2 (1,8%)
Total	10 (9%)

Figura 4. Vista preoperatoria.

Figura 5. Vista posoperatoria.

Caso 2: paciente de 35 años, que sufre quemadura térmica de 5 años de evolución. Es admitida en nuestro Servicio con diagnóstico de sinequia cervicotorácica y queloides torácicos con severa limitación a la extensión. Se decide realizar un colgajo supraclavicular en isla ampliado, con el que se logró la restitución de la funcionalidad del área (**Figuras 6 y 7**).

Figura 6. Vista preoperatoria.

Figura 7. Vista posoperatoria.

Caso 3: paciente de 28 años, que sufre quemadura térmica de 2 años de evolución. Es admitida en nuestro Servicio con diagnóstico de sinequia mentotorácica y retracción panaxilar posautoinjerto. Se decide realizar un colgajo supraclavicular en isla, que permitió la liberación de la contractura cervical hasta el área contralateral. El cierre de la zona dadora se realizó con autoinjertos (**Figuras 8 y 9**).

Figura 8. Vista preoperatoria.

DISCUSIÓN

Las contracturas mentoesternales representan un gran desafío para los cirujanos plásticos. El colgajo supraclavicular representa una alternativa muy útil, que permite una mejoría tanto funcional como cosmética. Al ser un colgajo de tejidos vecinos, va a tener la ventaja de asemejarse, en color y textura, al sitio a reparar. Su tallado es relativamente simple y la ubicación de los elementos vasculares es altamente predecible; en muchos casos se puede ver por transiluminación.

En la gran mayoría de los casos tratados, la zona dadora puede cerrarse en forma primaria, con reducción de la secuela estética a una línea única de sutura.

Para recrear el contorno natural de la silueta cervical es necesario fijar el colgajo al plano profundo (tanto al hioides como a la aponeurosis cervical superficial); de lo contrario, se corre el riesgo de que se forme una tienda cervical que da a la región del cuello una apariencia abultada y antiestética.

Los colgajos a pedículo cutáneo tienen la gran ventaja de que no se requiere aislar el pedículo en su totalidad, por lo que se reducen las maniobras quirúrgicas que podrían provocar algún tipo de lesión sobre él. Si embargo, el rango de traslación va a verse reducido, y puede quedar una oreja de perro en el punto de pivot.

Los colgajos tallados en isla permiten un gran arco de rotación. Abarcan una mayor área de cobertura, que permite llegar hasta la lí-

Figura 9. Vista posoperatoria.

nea de la comisura bucal contralateral y una gran adaptación a los contornos del sitio receptor. Este tipo de tallado requiere maniobras minuciosas de aislamiento de los elementos vasculares sobre el triángulo omotrapecial, con la potencial lesión de éstos.

Una limitación a considerar en el momento de elección de la técnica adecuada es el tamaño de la pastilla de piel requerida; en esta técnica no excede los 20 × 10 cm y podría resultar insuficiente en caso de que se necesite llegar hasta el hemicuello contralateral. Ante esta situación, se debe considerar un colgajo supraclavicular bilateral o un colgajo con anastomosis microvascular, éste último con la mayor complejidad técnica y duración del procedimiento requeridas.

CONCLUSIONES

Muchas técnicas fueron aplicadas para la reconstrucción del área cervical. Cada una de ellas conlleva ventajas y desventajas.

El colgajo supraclavicular representa una opción de gran utilidad dada su versatilidad y baja morbilidad.

Al ser un colgajo de vecindad tendrá gran semejanza de color y textura con el sitio receptor, y presenta como ventaja adicional la posibilidad del cierre primario de la zona dadora.

Representa en la actualidad una de las técnicas de elección en la reconstrucción de los defectos que afectan las regiones cervicofacial, torácica dorsal superior.



BIBLIOGRAFÍA

1. Lee Y, Kwang K. Skin thickness of Korean adults. *Surg Radiol Anat* 2002; 24:183-189.
2. Gillies H. The tubed pedicle in plastic surgery. *N Y Med J* 1920;111:1.
3. Zovickian A. Pharyngeal fistulas: repair and prevention using mastoid-occiput shoulders flaps. *Plast Reconstr Surg* 1957;19:355.
4. Lamberty B. The supraclavicular axial-patterned flap. *Br J Plast Surg* 1979;32:207.
5. Vu Q, Anh T, Ogawa R, Hyakusoku H. Anatomical and clinical studies of the supraclavicular flap: analysis of 103 flaps used to reconstruct neck scar contractures. *Plast Reconstr Surg* 2009;123(65):1471-1480.
6. Chan J, Wong W, Ward K, Saint-Cyr M, Chiu E. Three and four dimensional computed tomographic angiography studies of the supraclavicular artery island flap. *Plast Reconstr Surg* 2010;125(2):525-531.
7. Margulis A, Agam K, Icekson M, Dotan L, Yanko-Arzi R, Neuman R. The expanded supraclavicular flap, prefabricated with thoracoacromial vessels, for reconstruction of postburn anterior cervical contractures. *Plast Reconstr Surg* 2007;119(7):2072-2077.
8. Di Benedetto G, Aquinati A, Pierangeli M, Scalise A, Bertani A. From the "charretera" to the supraclavicular fascial island flap: revisitation and further evolution of a controversial flap. *Plast Reconstr Surg* 2005;115(1):70-76.
9. Pallua N, Machens H, Rennekampff O, Becker M, Berger A. The fasciocutaneous supraclavicular artery island flap for releasing postburn mentosternal contractures. *Plast Reconstr Surg* 1997;99:1878.
10. Pallua N, Noah E. The tunneled supraclavicular island flap: an optimized technique for head and neck reconstruction. *Plast Reconstr Surg* 1997;105:842.
11. Vinh V, Ogawa R, Anh T, Hyakusoku H. Reconstruction of neck scar contractures using supraclavicular flaps: retrospective study of 30 cases. *Plast Reconstr Surg* 2007;119(1):130-135.
12. Demergasso F, Piazza M. Trapezius myocutaneous flap in reconstructive surgery for head and neck cancer: an original technique. *Am J Surg* 1979;138:533.
13. Cormack G, Lamberty B. The anatomical vascular basis of the axillary fasciocutaneous pedicle flap. *Br J Plast Surg* 1983;36:425.
14. Sereday C, Paredes K, Nacif Cabrera V. El colgajo supraclavicular en la cirugía reconstructiva de cuello. *Rev Arg Cir Plast* 1997;3(4):197-204.
15. Arufe H, Nacif Cabrera V, Sica I. Use of the epaulette flap to relieve burn contractures of the neck. *Plast Reconstr Surg* 1978;61(5):707.



VIABILIDAD DEL ADIPOCITO A DIFERENTES PRESIONES LIPOASPIRADAS Y CENTRIFUGADAS

Felipe Estévez¹, Ezequiel Polistina¹, Abel Chajchir²

1. Unidad de Cirugía Plástica, Centro Médico Barrancas. 2. Director, Unidad de Cirugía Plástica, Centro Médico Barrancas. CABA, Rep. Argentina.

RESUMEN

El trasplante de tejido graso ha sido el ideal para recomponer la forma y función de la Cirugía Plástica. La mayoría de los investigadores cree que la grasa, como tejido autólogo, puede ser considerado como el ideal, ya que es un tejido abundante y fácilmente disponible, de bajo costo y se puede recolectar de manera fácil y repetidamente.

Realizamos un estudio histológico del adipocito a diferentes presiones de lipoaspirado y posterior centrifugado para demostrar la supervivencia del adipocito.

Palabras claves: viabilidad, adipocito, lipoaspirado, centrifugado.

SUMMARY

Fat transplantation has been the ideal to rebuild the form and function of fat graft in Plastic Surgery. Most researchers believe that fat, as an autologous tissue, can be considered as the ideal, because it is an abundant and readily available tissue, low cost and it can be recollected easily and repeatedly.

We made an histological study of the adipocyte at different liposuction pressures and later centrifugation to demonstrate the adipocyte survival.

Key words: viability, adipocyte, liposuction, centrifugation.

INTRODUCCIÓN

El injerto de grasa ha sido un tema de interés para un grupo de cirujanos plásticos en el pasado, y en años recientes se está convirtiendo en un tema de interés general.

El trasplante de tejido graso ha sido el ideal para recomponer la forma y función de la Cirugía Plástica, y al finalizar el siglo XIX encontramos muchos autores quienes hicieron una descripción frondosa que culminó, en los comienzos del siglo XX, con mayor cantidad de publicaciones y revisiones de trabajos anteriores, experimentales y clínicos, que sin duda fueron la base del estado actual del tejido.

Injertos de grasa autóloga se han utilizado con éxito cara, labio, rejuvenecimiento y contorno corporal, tanto en cirugía reparadora como cirugía estética.¹⁻⁴

La mayoría de los investigadores cree que la grasa, como tejido autólogo, puede ser considerado como el ideal, ya que es un tejido abundante y fácilmente disponible, de bajo costo y se puede recolectar de manera sencilla y repetidamente.^{5,7,11,12}

Si los injertos de grasa pueden realmente sobrevivir después del trasplante, el injerto de grasa presentará larga duración y apariencia natural. Sin embargo, una de las principales preocupaciones después del un injerto graso puede ser el alto índice de absorción a través del tiempo en el sitio injertado, lo que puede alcanzar hasta un 70% del volumen.^{5,6,12,13}

Para lograr la supervivencia a largo plazo de la grasa trasplantada, ésta debe ser viable antes de la implantación.

Al revisar numerosas bibliografías sobre la viabilidad del adipocito como injerto autólogo,¹⁵⁻¹⁸ realizamos su estudio histológico a diferentes presiones de lipoaspirado y posterior centrifugado para demostrar la supervivencia del adipocito.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizaron dos estudios histológicos. El primero constata la integridad del adipocito a diferentes presiones lipoaspiradas con diferentes tamaño de jeringas y lipoaspirador. En el segundo estudio se toman los parámetros anteriores y se centrifugan.

Primer estudio (Figuras 1 a 15)

En el primer estudio se realizó lipoaspiración tumescente en abdomen a 10 pacientes con jeringa de 10 cc, 30 cc y lipoaspirador, a 1 atmósfera y a ½ atmósfera. Se utilizó una cánula de 2 mm de diámetro punta roma para las jeringas y un lipoaspirador a ½ atmósfera y a 1 atmósfera, con una cánula de 4 mm de diámetro punta roma. Se obtuvo material graso y se envió al Servicio de Histopatología, cuyo informe consignó que todos los preparados histológicos presentaban fragmentos disgregados de tejido adiposo de caracteres típicos y el adipocito se encontraba conservado pero sin su arteriola principal (plexo facial, plexo subdérmico y plexo subpapilar).

MUESTRAS MACROSCÓPICAS



Figura 1. Material lipoaspirado con jeringa de 10 y 30 cc a diferentes presiones negativas. Foto Centro Médico Barrancas.

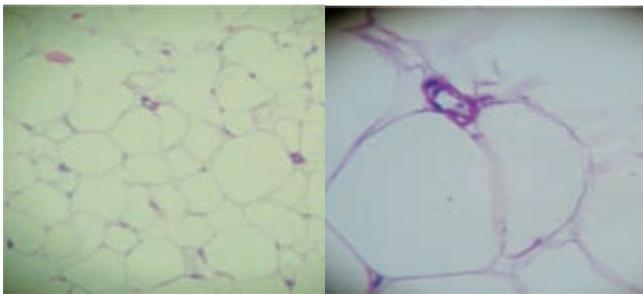


Figura 2. Material lipoaspirado con lipoaspirador a 1 atmósfera. Foto Centro Médico Barrancas.



Figura 3. Material lipoaspirado con lipoaspirador a 1/2 atmósfera. Foto Centro Médico Barrancas.

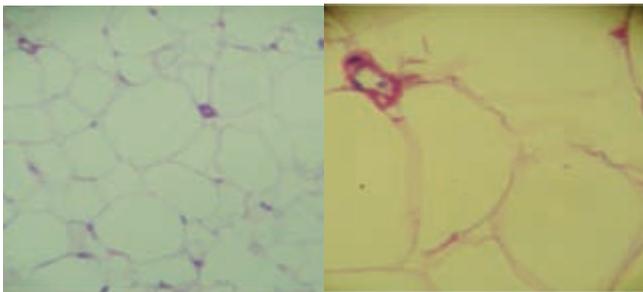
MUESTRAS MICROSCÓPICAS



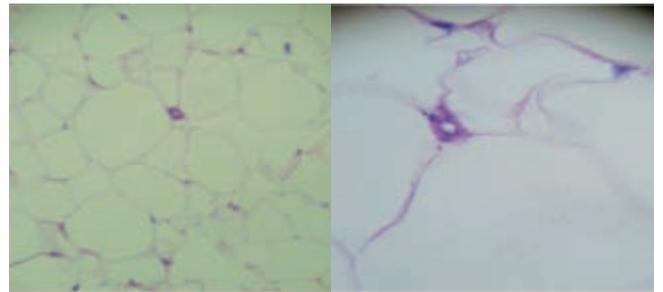
Figuras 4 y 5. Lipoaspiración con jeringa 10 cc a 1/2 atmósfera, vista con lentes de 40X y 100X, respectivamente.



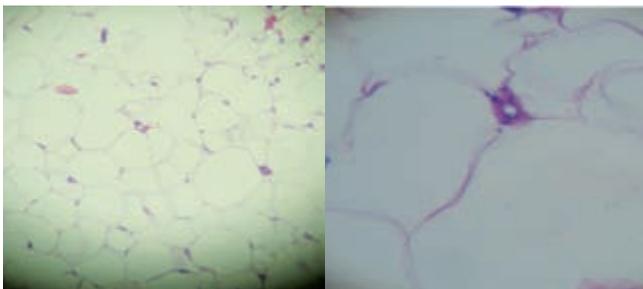
Figuras 6 y 7. Lipoaspiración con jeringa 10 cc a 1 atmósfera, vista con lentes de 40X y 100X, respectivamente.



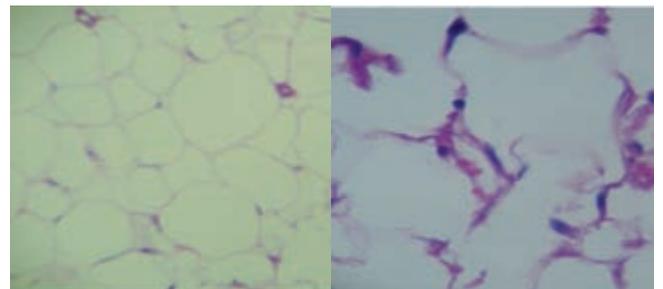
Figuras 8 y 9. Lipoaspiración con jeringa 30 cc a 1/2 atmósfera, vista con lentes de 40X y 100X, respectivamente.



Figuras 10 y 11. Lipoaspiración con jeringa 30 cc a 1 atmósfera, vista con lentes de 40X y 100X, respectivamente.



Figuras 12 y 13. Lipoaspirador a 1/2 atmósfera, vista con lentes de 40X y 100X, respectivamente.



Figuras 14 y 15. Lipoaspirador a 1 atmósfera, vista con lentes de 40X y 100X, respectivamente.



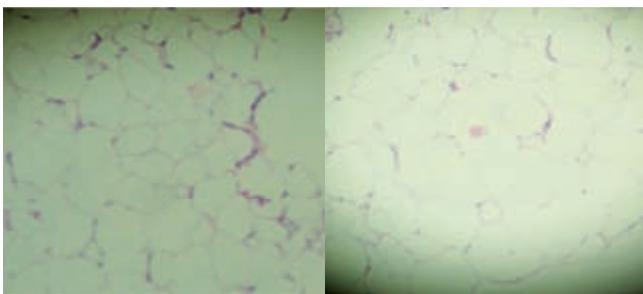
Segundo estudio (Figuras 16 a 18)

En el segundo estudio se emplearon los parámetros del estudio anterior, tomando muestras para el estudio histológico antes de centrifugarlas. Posteriormente se tomaron dos muestras de cada toma; la primera se centrifugó a 3.000 rpm por 3 minutos y la segunda se centrifugó a 3.000 rpm por 15 minutos. Las muestras se enviaron al Servicio de Histopatología; el estudio histológico del material enviado no centrifugado informó pequeños fragmentos de tejido adiposo maduro, algunos de ellos con vasocongestión, y el estudio histológico del material centrifugado informó que todos los preparados mostraban pequeños fragmentos de tejido adiposo, fibroadiposo de caracteres típicos con vasocongestión y ruptura de la membrana del adipocito.



Figura 16. Muestra de la izquierda: grasa no centrifugada. Muestra de la derecha: grasa centrifugada. Foto Centro Médico Barrancas.

MUESTRA MICROSCÓPICA



Figuras 17 y 18. Centrifugado a 3.000 rpm x 3 min y 15 min. Lente de 40X.

RESULTADOS

1. La integridad del adipocito a diferentes presiones de lipoaspirado fue buena; se apreció una leve lisis en la muestra de lipoaspirador a 1 atmósfera.
2. Las muestras que se centrifugaron a 3.000 rpm por 3 y 15 min mostraron lisis del adipocito en mayor cantidad; ello demostró que no es un procedimiento óptimo para realizar injerto graso.

CONCLUSIONES

En el pasado se publicaron múltiples artículos que enfatizaban el fracaso del injerto de grasa autóloga, y otros autores destacados mencionaban las limitaciones de los resultados del procedimiento. Ello condujo a que la gran mayoría de los cirujanos plásticos desconfiara del injerto de grasa.

Si bien la experiencia clínica fue demostrada en Argentina por autores como Lelio Zeno, José Viñas y otros, faltaba un estudio que comprobara los resultados experimentales ya publicados,⁶ en el que se demostrara la viabilidad del adipocito y las diferencias con otros métodos.

De igual forma, estudios histológicos con diferentes presiones de vacío también fueron comunicados anteriormente.

El uso de instrumental adecuado, jeringas y cánulas indicadas para el procedimiento favorece un buen prendimiento de este material.

Las imágenes que adjuntamos demuestran que la integridad de las células de los adipocitos se fragmenta a altas presiones de vacío y que también se fragmenta al ser centrifugada.

A nuestro criterio, sólo con decantar el material tomado a bajas presiones de vacío e inyectarlo con cuidado en pequeñas porciones en diferentes planos, logrando así una buena imbibición, es suficiente para alcanzar excelentes resultados.

Ya hay suficiente experiencia clínica adquirida durante muchos años, por la cual podemos asegurar un resultado altamente satisfactorio siguiendo una técnica cuidadosa y parámetros correctos.

No son imprescindibles para este procedimiento cánulas sofisticadas o sistemas complicados; si bien contamos con ellos, son de excelente tecnología y brindan gran colaboración para alcanzar los resultados, igualmente se pueden alcanzar resultados satisfactorios.

BIBLIOGRAFÍA

1. ASPRS Ad-Hoc Committee on New Procedures. Report on autologous fat transplantation. *Plast Surg Nurs* 1987;7:140-141.
2. Billings E. Historical review and present status of free fat graft autotransplantation in plastic and reconstructive surgery. *Special topics. Plast Reconstr Surg* 1989;83:2.
3. Bircoll M, Novack BH. Autologous fat transplantation employing liposuction techniques. *Ann Plast Surg* 1987;18:327-329.
4. Chajchir A, Benzaquen I. Liposuction fat graft in face wrinkles and hemifacial atrophy. *Aesthetic Plast Surg* 1986;10:115.
5. Chajchir A, Benzaquen I. Fat injection: long term follow up. *Aesthetic Plast Surg* 1996;20:291-296.
6. Chajchir A, Benzaquen I, Moretti E. Comparative experimental study of autologous adipose tissue processed by different techniques. *Aesthetic Plast Surg* 1993;17(2):113-115.
7. Chajchir A. Using the liposuction fat graft in face wrinkles and hemifacial atrophy. In: *VIII Congress International Society of Aesthetic Plastic Surgery abstract book. Spain, 1985:135.*
8. Chajchir A, Wexler E. A new model of liposuction cannula. *Aesthetic Plast Surg* 9: 101, 1985.
9. Coleman SR. Facial recontouring with lipostructure. *Clin Plast Surg* 1997;24:347.



10. Coleman SR. Structural fat grafts. *Clin Plast Surg* 2001;28:111.
11. Coleman SR. Structural fat grafting: More than a permanent filler. *Plast Reconstr Surg* 2006;118:108S.
12. Guerrerosantos J. Corrección estética quirúrgica con trasplante autólogo de grasa; mejorando el volumen y el contorno en la ritidoplastia, en la figura corporal y en cirugía reconstructiva. Editorial Odontomedi, primera edición 2009.
13. Guerrerosantos J. Autologous fat grafting for body contouring. *Clin Plast Surg* 1996;23:619.
14. Har-Shai Y, Lindenbaum ES, Gamliel-Lazarovich A, Beach D, Hirschowitz B. An integrated approach for increasing the survival of autologous fat grafts in the treatment of contour defects. *Plast Reconstr Surg* 1999;104:945.
15. Pu LLQ, Cui X, Fink BF, Cibull ML, Gao D. The viability of fatty tissues within adipose aspirates after conventional liposuction. *Ann Plast Surg* 2005;54: 288.
16. Pu LLQ, Coleman S. Autologous Fat Grafts harvested and refined by the Coleman Technique: A comparative study. *Plast Reconstr Surg* 2008;122:932.
17. Rohrich RJ, Sorokin ES, Brown SA. In search of improved fat transfer viability: A quantitative analysis of the role of centrifugation and harvest site. *Plast Reconstr Surg* 2004;113:391.
18. Sommer B, Sattler G. Current concepts of fat graft survival: Histology of aspirated adipose tissue and review of the literature. *Dermatol Surg* 2000;26: 1159.



DR. CARLOS REILLY

Juan José Marra

Secretario General - Comisión Directiva de la SACPER.

El 28 de septiembre de 2010, a las 5 de la madrugada en la Ciudad de Buenos Aires, falleció el Dr. Carlos Reilly.

Carlos nació en el seno de una familia tradicional de Olavarría y era el mayor de tres hermanos. La gran dedicación de su padre a la medicina y la gran admiración que le profesaban hicieron que Carlos y sus otros dos hermanos fueran médicos.

Carlos siempre agradeció la gran formación en valores que recibió de sus padres, y que le permitió convertirse en una persona de bien a lo largo de su vida.

Luego de haber terminado su residencia de Cirugía General en el Hospital Fernández, comenzó la carrera de especialista en Cirugía Plástica de la Universidad del Salvador, a cargo del Dr. Héctor Marino; obtuvo su título de especialista en 1982.

Hoy me resulta difícil e increíble estar recordando a Carlos de esta manera. Conocí a Carlos en 1990 en el Hospital Pirovano donde se encontraba como médico concurrente en el servicio a cargo del Dr. Raúl Fernández Humble. Esos días fueron muy fructíferos del punto de vista académico y humano, y es ahí donde comenzamos una gran amistad.

Carlos tuvo una vastísima actividad académica y docente, con amplia producción de trabajos y charlas científicas, y ha ocupado los más

altos cargos en nuestra Sociedad por reconocimiento de sus pares como referente científico, ético y moral; pero tal vez lo más entrañable para él fue la Universidad del Salvador con la Escuela de Cirugía Plástica de posgrado y el Ateneo de casos problema.

La maravillosa esencia, carácter y vitalidad de Carlos, cosas que no pueden ser capturadas por las palabras, son preservadas en la memoria de aquellos que lo conocieron y trabajaron con él.

Viajero incansable, recorrió todo el mundo nutriéndose de anécdotas que fueron engrosando su patrimonio cultural en compañía de Susana, su mujer, que como siempre Carlos decía "es mi vida".

Carlos era un hombre para imitarlo, admirarlo y sobre todo para divertirse con él.

Su espíritu inquieto y rebelde fue una combinación que lo definía y lo hacía auténtico a la hora de definiciones y de opiniones. Todos los que lo conocimos pudimos apreciar su ética de trabajo.

Es difícil encontrar las palabras de cariño, respeto y admiración para describir a Carlos; de espíritu alegre y generoso, nos demostró que aún en los momentos adversos, tristes o de enfermedad se puede vivir positivamente y en paz consigo mismo.

Fue un honor haber coincidido con Carlos Reilly en esta vida.

Carlos, tus amigos te vamos a extrañar, pero también recordar con alegría.

NOTICIAS SACPER

Estimado Colega

ABRIL 2011

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.

26 de abril de 2011 - 21.00 horas - AMA
Sesión Solemne Inaugural y de Cambio de Autoridades de la SACPER

ASAMBLEA GENERAL ORDINARIA SACPER

41° CONGRESO ARGENTINO DE CIRUGÍA PLÁSTICA 30 de marzo al 2 de abril de 2011

Cataratas - Sheraton Iguazú Hotel - Provincia de Misiones
El 30/08 fue la fecha límite de tarifas con arancel reducido.

41° CONGRESO ARGENTINO DE CIRUGIA PLASTICA
CATARATAS | 2011
SHERATON IGUAZU HOTEL

Invitados Extranjeros:

Dr. Jack Gunter	Dr. Maxime Champy	Dra. Marita Eissenman
Dr. Frederick Menick	Dr. Matos Da Fonseca	Dr. Paulo Muller
Dra. Vera Cardim	Dr. Zacharias Kaplanidis	Dr. Fabio Fantozzi
Dr. José Tariki	Dr. Martín Del Yerro	

Temas Principales:

• Rinoplastia Visión Integral	• Reconstrucción Nasal
• Cirugía Estética del Envejecimiento Facial	• Cirugía Ortognática - Planeamiento
• Contorno Corporal	• Deformidades Dentofaciales
• Mamas Actualización	• Osteosíntesis Cráneo Facial
• Injerto Graso en Mama	

Valores de inscripción:

	al 31/08	al 31/10
• Miembros Titulares SACPER (al día con su cuota societaria)	\$800	\$1000
• Miembros Regionales SACPER	\$1300	\$1500
• Residentes, Curatistas y Cirujanos Plásticos con menos de dos años en la especialidad	\$500	\$550
• No Miembros	\$2000	\$2200
• Extranjeros u Otra Especialidad	\$2800	\$3000

INSCRIPCIONES Y ENTREGA DE TRABAJOS ON LINE
Fecha límite de presentación de trabajos:
15 de diciembre de 2010

Contacto:

• Secretaría Inscripciones Mail: info@41congresoargentino.com.ar Tel: 4811-9103	• Comercialización Mail: pilarporcandeleros.pyl@gmail.com Tel: 4567-4481 4639-4820 Cel: 15-4422-4410
• Secretaría Programa Científico Mail: cataratas@41congresoargentino.com.ar Tel: 03722-423536	
• Hoteles y excursiones Mail: danielas@cuencadelplata.com tarifa@cuencadelplata.com Tel: 03757-421062 / 423300 (Al. Daniela)	

www.41congresoargentino.com.ar



NOTICIAS REGIONALES

SOCIEDAD DE CIRUGÍA PLÁSTICA DE BUENOS AIRES

Marzo 2011

Asamblea General Ordinaria

Abril 2011

19 de abril - 21.00 hs. - AMA

Sesión Solemne Inaugural y de Cambio de Autoridades de la SCPBA

Octubre 2011

28 y 29 de octubre

XVI Simposio Internacional de Cirugía Plástica "Siglo XXI"
Hotel Sheraton Retiro, Ciudad Autónoma de Buenos Aires

SOCIEDAD DE CIRUGÍA PLÁSTICA DE LA PLATA

Junio 2011

24 y 25 de junio

7º Curso Internacional de Cirugía Plástica
"Modelado corporal. Lipotransferencia"

SOCIEDAD DE CIRUGÍA PLÁSTICA DE MAR DEL PLATA

SOCIEDAD DE CIRUGÍA PLÁSTICA DE ROSARIO Y LITORAL

Diciembre 2010

13 de diciembre

Cambio de Autoridades

SOCIEDAD DE CIRUGÍA PLÁSTICA Y RECONSTRUCTIVA DE CÓRDOBA Y CENTRO

Curso Internacional 2011

VII Jornadas de Fisura Labio-Alvéolo-Palatina

SOCIEDAD DE CIRUGÍA PLÁSTICA DEL NORDESTE (NEA)

SOCIEDAD DE CIRUGÍA PLÁSTICA DEL NOROESTE (NOA)

SOCIEDAD DE CIRUGÍA PLÁSTICA DE CUYO - MENDOZA