

REVISTA ARGENTINA DE

Cirugía Plástica

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



VOLUMEN XVII | NÚMERO 1 | AÑO 2011



COMISIÓN DIRECTIVA
SACPER Período 2011-2012

CAPÍTULOS, COMISIONES Y COMITÉS
Año 2011

Presidenta

Dra. Martha Mogliani

Vicepresidente

Dr. Luis M. Ginesín

Secretario General

Dr. Omar Darío Ventura

Prosecretario

Dr. Claudio N. Saladino

Tesorero

Dr. Gustavo E. Prezzavento

Protesorero

Dr. Alberto J. Abulafia

Secretario de Actas

Dr. Raúl Tolaba

Director de Publicaciones

Dr. Luis I. Odriozola

Subdirectora de Publicaciones

Dra. Lucila V. Mangas

Vocales Titulares

Dr. Eduardo E. Marchioni

Dra. Noemí E. Cardozo

Dr. Santiago Goñi

Vocales Suplentes

Dr. Javier J. Vera Cucchiaro

Dr. Julio C. Frontera Vaca

Dra. Marisol López

Dr. José Héctor Soria

Presidente anterior

Dr. Carlos A. Reilly (+)

Capítulos

Cirugía Estética

Dr. Esteban Elena

Quemados

Dr. Enrique Sananes

Cirugía Maxilofacial

Dr. Mario Milet

Cirugía Infantil

Dr. Sergio Polichella

Miembros, Mano y

Microcirugía

Dr. Omar Pellicioni

Mamas

Dr. Guillermo Siemenczuk

Procedimientos complementarios

minimvasivos en Cirugía Plástica

Directora:

Iris Hebe Blanco

Comisión de Docencia e Investigación

Coord.: Dr. Paulino Morales

Dr. Justo La Torre Vizcarra

Dr. Ricardo Yohena

Comisión de Educación Médica Continua

Coord.: Dr. Jorge Herrera

Dr. Ricardo Losardo

Dr. Enrique Gagliardi

Dr. Manuel Alberto Viñal

Dr. Pedro Dogliotti

Dr. Héctor Lanza

Comité de Ética

Coord.: Dr. Osvaldo Orduna

Dr. Luis Margaride

Dr. Rodolfo Rojas

Dr. Pedro Mugaburu

Dr. Guillermo Iturraspe

Molina

Comisión Informática

Coord.: Dr. Luis Odriozola y

Dra. Lucila Mangas

(Director y Subdirectora 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. Jorge Patané

Dr. Carlos Sereday

Consejo de Relaciones Internacionales de la SACPER

Coord.: Dr. Abel Chajchir

Dr. Federico Deschamps (IPRAS)

Dr. Jorge Buquet (Cono Sur)

Dr. Omar Ventura (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. Manuel Viñal

Dr. Pedro Luis Dogliotti

Rep. de Comisión Directiva:

Dr. Omar Ventura

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. Gustavo Prezzavento

(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

San Juan: Dra. Inés Garcés

La Rioja: Dr. Aníbal Ojeda

Comisión de Admisión de Trabajos a Premio

Vicepresidente SACPER

Dr. Luis Ginesín

Secretario General SACPER

Dr. Omar Ventura

Prosecretario General SACPER

Dr. Claudio Saladino

Comisión Asesora de Congresos

Dr. Juan Carlos Seiler

Dr. Ricardo Yohena

Dr. Jorge Díaz García

Dr. Adalberto Borgatello

Dr. Pedro Dogliotti

Dr. Enrique Gagliardi

Comisión de Defensa del Ejercicio Profesional

Dr. Héctor Lanza

Dra. Noemí Cardozo

Comisión de Prensa y Difusión

Dr. Walter Servi

Dr. Francisco Famá

Videoteca

Dr. Eduardo Marchioni

Relaciones con Filiales

Dr. Omar Ventura

Parlamentario

Dr. Eduardo Marchioni

COMITÉ DE REDACCIÓN

Directora

Dra. Martha O. Mogliani

Comité Editor (a cargo)

Cirugía Estética: Dr. Abel Chajchir

Cirugía Maxilofacial: Dr. Carlos Perroni

Quemados: Dr. Víctor Nacif Cabrera (MH)

Cirugía Pediátrica: Dra. Paulina Iwanyk

Miembros, Mano y Microcirugía:

Dra. Elina Ares de Parga

Cirugía Oncológica: Dr. Ricardo Losardo

Reconstructiva y Estética de Mamas:

Dr. Enrique Gagliardi

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 Inchaurrega (Cirujano Maestro)

Dr. Osvaldo Orduna (Miembro Honorario Nacional)

Dr. Luis F. Albanese (Miembro Honorario Nacional)

AUTORIDADES DE REGIONALES

Año 2011

1) Región Buenos Aires (Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Provincia de Buenos Aires)

· **Sociedad de Cirugía Plástica de Bs. Aires**

Santa Fe 1611 3º Piso - (1060) Ciudad

Autónoma de Buenos Aires

Tel: 4816-3757 / 0346 Fax: 4816-0342

info@scpba.org.ar

Presidente: Dr. 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 / 447-1143

Fax: 425-9089

e-mail: sccmr@cimero.org.ar

www.scperr.com.ar

Presidente: Dr. Guillermo Iturraspe

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

· **Sociedad de Cirugía Plástica del NOA**

Presidente: Dr. Mario Milet

· **Sociedad de Cirugía Plástica de Tucumán**

Pje. Martínez Suviría 3481 (4000) Tucumán

Presidente: Dr. Roberto Serrano

2) Región La Plata (Ciudad de La Plata)

· **Sociedad de Cirugía Plástica de La Plata**

Calle 50 - N°374 (e/2 y 3) - (1900) La Plata

Tel: (0221) 422-5111

E-mail: scirplasticalapla@hotmail.com

Presidente: Dr. Daniel Mosquera

5) Región Córdoba y Centro (Provincias de Córdoba, San Luis y La Pampa)

· **Sociedad de Cirugía Plástica de Córdoba**

Ambrosio Olmos 820 - (5000) Córdoba

Tel: (0351) 46-04313

e-mail: cirmecba@infovia.com.ar

Presidente: Dr. Omar Pellicione

8) Región de Cuyo (Provincias de San Juan, Mendoza y La Rioja)

· **Sociedad de Cirugía Plástica de Mendoza**

Olegario V. Andrade 496 (5500) Mendoza

Tel: (0261) 4286844 Fax: (0261) 4286247

Presidente: Dr. Enrique Sananes

3) Región Mar del Plata (Cdad de Mar del Plata)

· **Sociedad de Cirugía Plástica de Mar del Plata**

Güemes 2968 (7600) Mar del Plata

Tel: (0223) 486-2068 Fax: (0223) 486-2068

Presidente: Dr. Claudio Ghilardi

6) Región Nordeste (NEA) (Provincias de Chaco, Corrientes, Formosa y Misiones)

· **Sociedad de Cirugía Plástica del Nordeste**

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.

PUBLICACIONES LATINOAMERICANAS S.R.L.

Piedras 1333 2° C (C1240ABC) Ciudad Autónoma de Buenos Aires | Argentina
tel./fax (5411) 4362-1600 | e-mail info@publat.com.ar | http://www.publat.com.ar

SUMARIO

	11	38
Editorial <i>Martha O. Mogliani</i>		Comentario del 41° Congreso Argentino de Cirugía Plástica <i>Martha O. Mogliani</i>
	12	39
Abdominoplastia con alta tensión lateral. Un enfoque diferente <i>Fernando José Colombres</i>		Néstor Oscar Maquieira: una figura ejemplar de la Cirugía Plástica argentina <i>Ricardo J. Losardo y colegas del Curso Trienal</i>
	28	44
Fotorrejuvenecimiento por terapia fotodinámica <i>Fabián Pérez Rivera</i>		Noticias SACPER
	33	47
Reconstrucción del pabellón auricular <i>Guillermo Franze</i>		Noticias Regionales
		48
		Reglamento de Publicaciones

EDITORIAL

Estamos transitando un nuevo año. Si echamos una mirada hacia atrás, veremos la conjunción de una compleja red de hechos, acontecimientos y personas relacionadas en el tiempo y el espacio que han configurado nuestro presente.

Este año laboral tendrá sus males y sus bienes, que nos plantearán nuevos desafíos, tanto en el orden personal como del conjunto de todos los miembros de nuestra Sociedad. Creo firmemente en la necesidad de renovación de la SACPER, utilizando los avances científicos y tecnológicos que se encuentran al alcance de todos nosotros: la clave está en la participación, no sólo con compromiso sino también con la alegría del participar.

Esto nos abrirá las puertas para ampliar los conocimientos y experiencias de nuestros jóvenes cirujanos plásticos, en el intercambio científico entre todos, por medio de la participación simultánea entre las regionales en un proceso integrador que es la finalidad de este proyecto. El compromiso y la excelencia de cada uno de nosotros en el desarrollo de los temas científicos y en su actualización serán la mayor garantía para el cambio propuesto.

En este breve editorial sencillamente pretendo señalar los cambios y las metas en general, haciendo hincapié en el principio de pertenencia y compromiso, sentimientos necesarios para que este proceso evolutivo se encamine hacia su realización y mejora en el tiempo venidero.

La apatía moral, la inercia intelectual, nos conducen a la esterilidad de la mente y el corazón, y corremos el riesgo de pasar a la categoría de dinosaurios, sin cabida en este mundo en evolución. Tengamos presente que en la diversidad y en las igualdades, polos opuestos y simultáneos, está la esencia del progreso de nuestra sociedad.

Dra. Martha O. Mogliani
(Directora del Comité de Redacción)

ABDOMINOPLASTIA CON ALTA TENSION LATERAL.

UN ENFOQUE DIFERENTE

Fernando José Colombres¹

1. Médico Cirujano: Cirujano Plástico Certificado por La Universidad Nacional de Tucumán, Miembro titular de la Sociedad Argentina de Cirugía Plástica Estética y Reparadora, Miembro titular de la filial NOA de la SACPER, Miembro titular de la Sociedad Tucumana de Cirugía Plástica. Miembro titular de la Sociedad Ibero latinoamericana de la IPRAS. Hospital de Clínicas "Presidente Nicolás Avellaneda". Práctica Privada en San Miguel de Tucumán: Sanatorios Parque, y Regional, y Clínica Colombres de Cirugía Estética, República Argentina.

Mención Especial (Premio Senior)

RESUMEN

Se trata de una técnica con conceptos diferentes a los de las abdominoplastias clásicas, descrita por el Dr. Ted Lockwood y presentada por primera vez en el Meeting de la ASAPS en 1994; sus rasgos característicos son: (1) resección máxima de tejidos en partes laterales del abdomen; (2) despegamiento del flap superior en sus partes laterales con divulsión, a tijera o con cánulas de liposucción (a esto él llama despegamiento discontinuo), y despegamiento completo central, sobre la línea blanca, solamente el espacio necesario para hacer la plicatura; (3) liposucción liberal, cuando esté indicada, en el flap remanente y en zonas vecinas del tronco; (4) sutura del sistema fascial superficial, con material irreabsorbible, aplicando la máxima tensión en los miembros laterales de la incisión; (5) Umbilicoplastia vertical. Se presenta la experiencia del autor con pacientes de práctica hospitalaria, y privada. Se realizaron 93 abdominoplastias, 68 tipo I y 25 tipo II, entre 2002 y 2010. Los resultados obtenidos fueron: excelentes 20, muy buenos 51, buenos 17 y regulares 5. Es una técnica muy versátil con sus dos tipos de diseño de incisión (I y II), con los cuales se pueden solucionar casi todos los problemas en cirugías primarias o secundarias.

Palabras clave: mayor resección lateral, suturas con alta tensión.

SUMMARY

It is about a technique with different concepts from the classic abdominoplasties, described by Dr Ted Lockwood and first presented in ASAP Meeting in 1994. Its characteristic features are: (1) maximum resection of tissues in lateral parts of the abdomen; (2) upper flap undermining in its lateral parts with divulsion, using either scissors or liposuction cannulas (he call this procedure "Discontinuous Undermining"), and complete central undermining, over the linea alba, only the necessary space to make the plication; (3) liberal liposuction, when recommended, in the remaining flap, and in trunk adjacent areas; (4) superficial fascial system stitch, with absorbable material, applying high lateral tension along the lateral limbs of the incision; (5) vertical umbilicoplasty. The author's experience is presented with patients from public and private hospital practices. Between 2002 and 2010, 93 abdominoplasties were performed, 68 type I and 25 type II. The results obtained were the following: Excellent 20, Very good 51, Good 17, and Mediocre 5. With its two types of incision designs, I and II, this is a very versatile technique with which almost every primary and secondary surgery problem can be solved.

Keywords: increased lateral resection, high-tension sutures.

INTRODUCCIÓN

Desde fines del siglo XIX se han descrito muchas operaciones para corregir deformidades de la pared abdominal, causadas por flaccidez, hernia del contenido abdominal, acumulación adiposa, pérdida de peso o una combinación de estos factores. Las operaciones realizadas hacia fines del siglo XIX y comienzos XX estaban dirigidas primariamente a la reparación de hernias y a la resección del panículo abdominal en exceso. Se hacían grandes escisiones en cuña de espesor total hasta la Fascia muscular, herniorafias y cierre sin despegamiento. En Francia, Demars y Marx realizaron extensa resección de grasa de la pared abdominal en 1890.

En 1889, en los EE.UU., Kelly usó la expresión *abdominal lipectomy* para describir una resección transversa en un gran abdomen péndulo, y en 1910 comunicó su experiencia con ésta técnica

en 8 pacientes en el John Hopkins Hospital. La incisión se extendía transversalmente entre los flancos abdominales, permitiendo la remoción de una cuña de panículo adiposo, reparación de hernias, y el cierre de la herida sin efectuar despegamientos.

Thorek (1939) describió una técnica, a la que llamó *plastic adipectomy*, para resecar delantales grasos, usando incisiones transversas oblicuas dirigidas de tal manera que se encontraban en el ápex sobre la fascia muscular, eliminando así espacios muertos cuando se aproximan los bordes. Él removía el ombligo en bloque con el delantal graso, y al finalizar la cirugía lo reimplantaba como un injerto compuesto en el sitio indicado. No se informaron los resultados de este procedimiento, pero Thorek luego sugirió la alternativa de circunscribir el ombligo, dejándolo fijo a la pared, y exteriorizarlo a través de la piel abdominal al final de la operación. Estas operaciones estuvieron primordialmente dirigidas al

tratamiento de problemas funcionales asociados con hernias y grandes abdómenes péndulos. Sin embargo, los beneficios cosméticos fueron obvios, y Kelly afirmó: “yo personalmente recomiendo, y haría la operación en casos extremos, por el beneficio cosmético” (1910).

Con el nombre de abdominoplastias se describió una gran variedad de técnicas de resecciones de piel y tejido adiposo, realizadas principalmente con fines cosméticos.

Los objetivos de todas las técnicas de abdominoplastia son: 1) reseca la piel en exceso; 2) cerrar la diastasis muscular, si estuviera presente; 3) tensar la flaccidez abdominal; y 4) dejar una cicatriz que pueda esconderse bajo el más pequeño traje de baño, el bikini. Las incisiones, aun cuando varían en sus trazados, se clasifican de acuerdo con su posición en el tronco, como: 1) transversales, 2) verticales, y 3) una combinación de transversal y vertical.⁷

Incisiones transversas

Las incisiones transversas con diversos diseños son las que se usan con mayor frecuencia, y las cicatrices resultantes pueden esconderse debajo de bikinis pequeños. Demars y Marx (1890), Kelly (1889), Gaudet y Morestin (1905), Morestin (1911), Jolly (1911), Thorek (1939), Somalo (1940) y otros contribuyeron estableciendo los principios para la recientemente descrita incisión transversa. Las primeras operaciones consistían en resección de piel y tejido adiposo con mínimo o ningún despegamiento del flap abdominal remanente.⁷ En 1957 Vernón combinó una incisión transversa baja con dos de las mayores contribuciones a las modernas técnicas de abdominoplastias: (1) despegamiento *undermining* del flap abdominal remanente, y (2) la transposición del ombligo.⁷ Spadafora, de Argentina (1962), diseñó una incisión ondulada que bordeaba el monte de Venus, cruzaba el pliegue inguinal en ángulo casi recto, elevándose luego hacia la espina ílica anterosuperior. En 1967, Callia describió una incisión similar, que permanecía por debajo del surco inguinal lateralmente, lo que daba un cierto efecto de *lifting* del muslo superior. En 1967, Pitanguy publicó un trabajo analizando 300 casos consecutivos de abdominoplastias, y, en 1975, otro en el que el número llegaba a 539. En estos trabajos hizo avances técnicos y creó nuevas pautas para realizar y juzgar los resultados de esta cirugía. Sus principios eran: incisión abdominal baja sobre pubis cruzando el pliegue inguinal, y continuando horizontalmente hasta un punto correspondiendo a la proyección vertical de la espina ílica anterosuperior. Y luego curvándose hacia afuera sobre la cara lateral de la cadera, pliegue inguinal, para ocultar la cicatriz debajo del bikini que se usaba en esa época. Extenso despegamiento subcutáneo extendiéndose hasta los rebordes costales, plicatura de las vainas rectales, resección del excedente de piel con el tronco flexionado, y umbilicoplastia transversal. Él aplicaba un vendaje posoperatorio compresivo.⁷ Con algunas pequeñas diferencias, todas las técnicas presentadas posteriormente seguían iguales principios.⁷

En 1991, el Dr. Lockwood publicó en el *Plastic and Reconstructive Surgery* un estudio sobre el sistema fascial super-

ficial (SFS) y su anatomía e importancia en la cirugía reparadora de la pared abdominal.⁸ En el mismo ejemplar de la revista, Lockwood publicó otro excelente trabajo titulado *Transverse flank-thigh-buttock lift with superficial fascial suspension*,⁹ en el cual describía su técnica de *lifting* de flanco abdominal, nalga y muslo por medio de una resección elíptica de piel y celular subcutáneo del tronco lateral y muslo proximal, combinada con despegamiento con cánula de liposucción del muslo lateral para movilizar y tensar piel y celular subcutáneo de las regiones mencionadas. La reparación de la herida operatoria la hacía con suturas del sistema fascial superficial como principal apoyo.

En 1993 asoció una abdominoplastia al *lifting* transverso de flanco nalga y muslo, operación a la que denominó *lower body lift*.¹⁰ En su experiencia observó que los resultados que obtenía en el abdomen eran superiores estéticamente a los de las abdominoplastias estándar de la época. En una etapa siguiente él eliminó la incisión posterior, y la disección inferior hacia el muslo, y con esto creó un procedimiento de *lifting* inferior del cuerpo que podía realizarse en posición supina.¹² Esta técnica la presentó como *high-lateral-tension abdominoplasty* (HLTA) en el *Annual Meeting of the American Society for Aesthetic Plastic Surgery*, en Dallas, Texas, el 21 de abril de 1994.¹ Al año siguiente, septiembre de 1995, la publicó en el *Plastic and Reconstructive Surgery*.² Más tarde, en el año 2004, publicó otro trabajo titulado *Maximizing aesthetics in lateral-tension abdominoplasty and body lifts*,⁴ en el cual expresa que en casos de mayor flaccidez la incisión de la HLTA puede ser prolongada hacia atrás, alcanzando la línea axilar posterior, lo que produce un mayor *lifting* de nalgas y muslos, y si la flaccidez fuera mayor, combina la HLTA con el *lifting* transverso de nalgas y muslos, con lo que completó el círculo, retornando a los orígenes de su técnica.¹⁰

CONCEPTOS ANATÓMICOS

La anatomía del abdomen es por todos bien conocida –sus tres pares de músculos planos, el transverso y los dos oblicuos (mayor o externo y menor o interno), y las vainas aponeuróticas que forman en la parte central, que envuelven al par de músculos rectos y que están separadas en la línea media por un espacio de unos milímetros, la línea blanca, formada por fibras aponeuróticas de los músculos mencionados, que se entrecruzan de una vaina a la otra– por lo que no insistiré en su descripción.^{11,12}

Sin embargo, creo conveniente detenernos en dos aspectos de la anatomía que están relacionados íntimamente con los principios básicos de esta técnica: el **sistema fascial superficial (SFS)** y la vascularización de la pared abdominal, en sus capas superficiales, piel y tejidos subcutáneos.

El sistema fascial superficial (SFS):⁸ “Es una red de tejido conectivo que se extiende del plano subdérmico hasta la fascia (aponeurosis muscular, en nuestra nomenclatura). Consiste primordialmente en varias delgadas láminas membranosas horizontales, separadas por variable cantidad de tejido adiposo, con septos fibrosos interconectantes verticales u oblicuos, que se conectan con la dermis suprayacente y con la superficie

musculoaponeurótica, encasillando la grasa en compartimentos orientados verticalmente.^{7,8} “En ciertas áreas del cuerpo, el SFS está firmemente adherido a la superficie musculoesquelética (zonas de adherencias), lo cual se traduce en la anatomía de superficie en zonas deprimidas en forma de surcos o mesetas, por ejemplo, el surco submamario, surco glúteo, surco o pliegue inguinal, y la zonas de adherencias en línea media del tronco, anterior o esternal, y posterior o espinal. En el abdomen, esta fuerte adherencia en la línea media se traduce en la depresión vertical, extendida entre el xifoideas y el ombligo.⁸ En otras, el SFS es flojamente adherente, formando el techo sobre depósitos grasos organizados laxamente.”⁸ El sistema fascial superficial está bien definido en el abdomen infraumbilical, donde tiene nombre propio, fascia de Scarpa, mientras en el epigastrio es tan difuso que es difícil y probablemente artificial su disección e individualización dentro del tejido adiposo. Sin embargo está presente y muestra una firme adherencia a la línea blanca aponeurótica. Esto influye en la estética del abdomen juvenil de personas sin sobrepeso, y en las alteraciones morfológicas de la pared abdominal causadas por sobrecarga adiposa y flaccidez.⁸

Irrigación de la pared abdominal¹¹⁻¹³

Como sabemos, proviene de dos sistemas o troncos verticales, uno anterior, las arterias epigástricas profundas, superiores e inferiores, que proporcionan gruesas perforantes destinadas a la parte anterior de la piel de la región esternocostopubiana. Y el gran tronco posterior, la aorta, la cual por medio de sus colaterales lumbares irriga la parte periférica del abdomen, los flancos, y llega en su recorrido hacia la línea media al territorio de las epigástricas. Distalmente, en hipogastrio y fosas ilíacas, la irrigación proviene de las colaterales de las ilíacas externas y de las femorales; como en esta zona no se realizan despegamientos, su circulación no se ve afectada en las abdominoplastias. Hasta ese momento las abdominoplastias se efectuaban haciendo un gran despegamiento del flap remanente del abdomen superior, con lo que se seccionaban gran cantidad de perforantes vasculares,⁷ lo que se traducía en una acentuada disminución de la irrigación del flap superior, con las limitaciones conocidas en caso de querer asocia la abdominoplastia con liposucción abdominal, o el riesgo mayor ante la presencia de cicatrices previas en abdomen superior. El Dr. Lockwood demostró en su trabajo (1994) que este despegamiento amplio no era necesario, que se podía reemplazar por un despegamiento discontinuo con divulsión a tijera o con cánulas romas de liposucción, preservando así las perforantes de las epigástricas superiores. Concepto muy novedoso en esa época, que aumentaba la seguridad del flap remanente por conservación de su irrigación.¹⁻⁶

ANATOMÍA DE SUPERFICIE

El abdomen ideal

Tratándose de una técnica destinada a corregir defectos estéticos y funcionales de la pared abdominal, es nece-

sario recordar el aspecto del abdomen normal, estéticamente agradable, de individuos jóvenes de ambos sexos.

Abdomen femenino ideal

Todos sabemos cuando una mujer es bella, y su abdomen también, y no necesita descripciones, pero hay que hacerlas para conocer los objetivos de una cirugía.

Las características del abdomen ideal

Contornos laterales y tejidos inguinales tensos, con acentuada concavidad en la cintura.

Parte central menos tensa con leve concavidad en epigastrio y leve convexidad en el hipogastrio, lo que da una silueta de perfil en suave S itálica.

Depresión central vertical, en epigastrio, entre los relieves de los músculos rectos.

Depresión vertical por fuera del relieve de los músculos rectos, en el abdomen supraumbilical.

Omblico orientado verticalmente.

En hombres, la cintura no es cóncava, los contornos son más rectilíneos, con leve disminución del diámetro hacia parte distal.³

MATERIAL Y MÉTODO

La casuística del autor corresponde a cirugía de práctica hospitalaria, en una Sala de Cirugía General del Hospital de Clínica “Presidente Nicolás Avellaneda”, de San Miguel de Tucumán, y a su práctica en sanatorios y en su clínica privada en la misma ciudad.

El número total de pacientes operados con esta técnica, en sus dos tipos, I y II, fue de 94 pacientes, en un período que va desde 2002 a 2010.

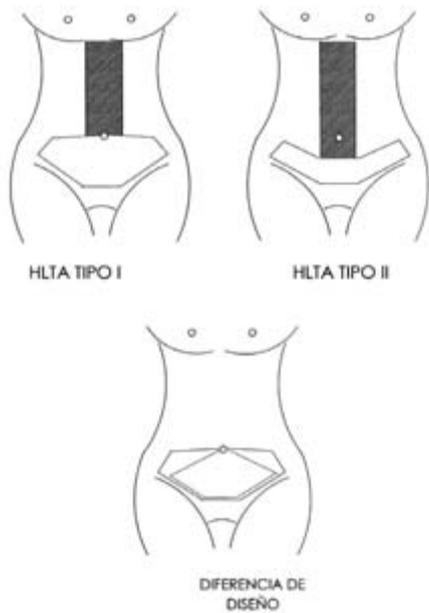
Se seleccionaron pacientes con deformidades abdominales generalmente posparto, en las que la sobrecarga adiposa estaba acompañada por flaccidez acentuada, pacientes (dos) postpérdida severa de peso en obesidad mórbida, y pacientes ya sometidas a abdominoplastias con malos resultados y secuelas cicatrizales.

TÉCNICA QUIRÚRGICA

Los elementos clave de esta técnica son: 1) despegamiento completo de piel y tejido subcutáneo, de lo que se reseca, con mayor resección en partes laterales del abdomen; 2) despegamiento completo, limitado al área mediana del flap superior, para hacer la plicatura de los rectos; 3) despegamiento del flap superior remanente, con divulsión vertical a tijera, o con cánula de liposucción; 4) reparación del SFS con **máxima tensión** en los miembros laterales de la incisión, y con suturas permanentes; 5) uso liberal de liposucción en abdomen lateral y tronco posterior, y 6) umbilicoplastia vertical.¹⁻⁶

MARCACIÓN PREOPERATORIA

Con el paciente de pie se marca la línea media abdominal, las líneas axilares medias y el bikini que desea usar (en 1994 era



Esquema 1.

el tipo alto, francés: “la tanguita”), actualmente el bikini es más bajo y horizontal, lo que produce una pequeña dificultad en el marcado, debiendo en algunos casos hacer concesiones. Dentro de estos límites se marca la **línea planeada de cierre** (en donde quedará la cicatriz final), como una corta línea horizontal suprapúbica, que fuera del pubis se angula superiormente hacia las espinas ilíacas anterosuperiores, y luego, si fuera necesario, se dirige horizontalmente hacia afuera en un corto trayecto para permanecer dentro de la marca del bikini. Manteniendo la punta del marcador apoyada en la línea previamente marcada, se levanta la piel del abdomen hacia arriba con una tensión equivalente a la que quedará con la sutura, se marca una sucesión de puntos por debajo de la primera línea, y la unión de estos puntos nos da la **línea de incisión inferior**. Cuando se sutura la herida con alta tensión en los miembros laterales, el flap inferior se eleva sólo hasta el nivel de la línea propuesta de cierre debido a la adherencia del SFS en la zona del ligamento inguinal. Esto levanta los tejidos inguinales flácidos y produce un leve efecto de lifting en la parte superior de la cara anterointerna del muslo.

A continuación se marca la **línea de probable resección**; aunque la exacta cantidad que se resecará se determina al final del procedimiento, esto sirve para detener el despegamiento superior, limitarlo a lo que se resecará y procurar simetría en la resección. Con el objeto de hacer la máxima resección lateralmente, esta línea cursa hacia arriba y adentro desde el extremo de la línea planeada de incisión con un ángulo de 60 a 90 grados, elevándose a su altura máxima a la altura de la línea de Spiegel, y descendiendo hacia el ombligo. En la práctica, esta línea se marca haciendo un pellizco en la piel del abdomen por encima de la línea de cierre y la línea de incisión inferior evaluando lo que se puede resecar.



Esquema 2.

Con esto se obtiene dos tipos de marcaciones: el tipo I, equivalente a una abdominoplastia clásica, y el tipo II, semejante a una abdominoplastia en menos o modificada (**Esquemas 1 y 2**), todo de acuerdo con la redundancia presente de tejidos a resecar. A continuación se marcan los depósitos localizados de tejido adiposo que se aspirarán, en abdomen superior, tronco posterior y pubis, si fuera necesario.¹⁻⁶

PASOS OPERATORIOS

Se coloca al paciente en decúbito supino en la mesa de operaciones y se prepara el campo operatorio desde surco submamario hasta muslo superior, con inclusión del tronco posterior si se realizará liposucción asociada.

La anestesia se hará de acuerdo con las características físicas y emocionales del paciente; puede usarse anestesia general, peridural o raquídea, y en algunos casos local con sedación por anestesiista.

Se usan botas compresivas en prevención de trombosis venosa profunda.

Sonda de Foley.

Se comienza con la incisión periumbilical, si se estima que puede eliminarse el orificio umbilical actual, y luego se incide piel y celular subcutáneo hasta el plano aponeurótico en la línea inferior de incisión. Comienza aquí el despegamiento hacia abdomen superior, hasta la línea planeada de resección. Desde este nivel el despegamiento se hace sólo en la parte central exponiendo la diastasis de los rectos y una parte de la vaina anterior, en una extensión suficiente para realizar la plicatura. Por fuera de ésta se moviliza el flap en forma discontinua, con divulsión vertical a tijera, o cánula de liposucción.

Se hace plicatura de las vainas rectales, con las maniobras conocidas, con material irreabsorbible, desde el xifoides al ombligo, y desde éste al pubis.

Si la flaccidez es severa, se hace plicatura horizontal de Jackson¹⁷ desde la línea media, avanzando hacia los flancos. A continuación se fija el tallo umbilical, cuando está elongado, para mantenerlo a nivel del plano aponeurótico, con puntos de mono nylon 3-0, en horas 9, 12, y 15, a unos 5 o 6 milímetros del borde libre del ombligo. En este momento se hace una incisión a partir de horas 6 en el ombligo por unos milímetros; con esto queda listo para la umbilicoplastia.^{1-6,14}

Completada la plicatura y controlada la hemostasia, se flexiona 30 grados la mesa de operaciones y se hace la resección de los tejidos en exceso, traccionando hacia podálico el borde distal del flap abdominal con pinzas de Allis y marcando con un clamp marcador el exceso de tejido, generalmente coincidiendo con la línea probable de resección marcada; se conservan 10 o 15 milímetros de seguridad sin resecar.

Se ponen drenajes aspirativos que salen por incisión-punción en pubis, y se comienza el cierre de la herida operatoria. Previo al cierre definitivo se hacen puntos transitorios para aproximar los bordes de la herida, y se hace la incisión para el ombligo, procurando que quede a unos 10 centímetros del borde púbico.

Umbilicoplastia. Incisión vertical de Lockwood (el autor le agrega dos pequeñas incisiones divergentes desde el extremo inferior, que forman una letra Y invertida, y un pequeño flap triangular, que se unirá a la incisión vertical en horas 6 del ombligo) (Shiffman Melvin A¹⁷). Puntos de sutura con mono nylon 3-0 para aproximar el ombligo al plano aponeurótico, en horas 9, 12, y 15, tomando el tallo a unos 5 milímetros de su borde libre.

Sutura del ombligo en su nueva ubicación con mono nylon 000. Sutura final: el SFS se sutura con puntos separados de ma-

terial irreabsorbible, preferentemente trenzado 0 o 00, poniendo la máxima tensión en los miembros laterales de la incisión, con lo que se alivia la tensión en el cierre del sector suprapúbico y de la piel en toda la longitud de la herida operatoria. Luego, puntos subdérmicos con Vicryl 000 enterrados; y finalmente, sutura intradérmica continua con mono nylon 0000, en la descripción original de Lockwood. Actualmente, el autor ha remplazado estos dos planos de sutura por una intradérmica continua con Vicryl 000. Ello mejora la calidad de la cicatriz al no tener que hacer las salidas cada 10 o 12 centímetros del nylon en la sutura intradérmica, fuente de pigmentaciones inestéticas, y al mismo tiempo se evita la temida retirada de los puntos, que preocupa a las pacientes a veces más que el propio acto operatorio. Vendaje de la herida: gasas simples, dos capas sostenidas por cintas micropore verticales, perpendiculares al trazo de la incisión, cuidando de no ejercer presión sobre los tejidos. Se evitan bandas transversales de lado a lado.

Se traslada al paciente a su cama, en donde queda en posición de Fowler a 40 grados para relajar las suturas.

Cuando recupera la movilidad de los miembros inferiores se retiran las botas compresivas (esto sucede en la gran mayoría de casos en la mesa de operaciones, a veces, antes de terminar la cirugía); se hace deambular precozmente (3 a 4 horas del posoperatorio), previa retirada de la sonda de Foley, cuando desaparecieron los efectos de sedantes, pudiendo ir al baño.

Cuidados posoperatorios: los habituales; los drenajes aspirativos se dejan cinco a siete días, de acuerdo con el débito. En ocasiones, sobre todo cuando se asoció una liposucción, fue necesario mantenerlo hasta doce días.

Las fajas están absolutamente prohibidas en el posoperatorio inmediato; no se usan hasta el día 14.

RESULTADOS

Las **Tablas 1 y 2** describen la casuística y los resultados obtenidos.

Nº	Condición preoperatoria	Tipo de cirugía	Anestesia	Fecha	Lugar
1	Abdom. primaria, Cic	Tipo II	Peridural	19-4-02	Sanatorio Regional
2	Abdom. primaria	Tipo I	Peridural	15-5-02	Sanatorio Parque
3	Abdom. primaria	Tipo I	Peridural	25-6-02	Sanatorio Parque
4	Abdom. primaria	Tipo I	Peridural	30-9-02	Clínica Colombres
5	Abdom. primaria, Cic	Tipo I	General	04-9-03	S Gal.
6	Abdom. primaria	Tipo I	Peridural	30-7-03	Clínica Colombres
7	Abdom. primaria	Tipo I	Peridural	19-11-03	Sanatorio Parque
8	Abdom. primaria	Tipo I	Peridural	30-9-03	Clínica Colombres
9	Abdom. primaria	Tipo I	Local	14-1-04	Clínica Colombres
10	Abdom. primaria	Tipo I	Peridural	28-1-04	Clínica Colombres
11	Abdom. primaria, Cic	Tipo I	Peridural	10-2-04	Sanatorio Parque
12	Abdom. primaria	Tipo I	Raquidea	11-2-04	Clínica Colombres
13	Abdom. primaria	Tipo I	Peridural	19-2-04	Hospital Avellaneda
14	Abdom. primaria	Tipo I	Peridural	10-6-04	Hospital Avellaneda
15	Abdom. primaria	Tipo II	Local	29-6-04	Clínica Colombres
16	Abdom. primaria	Tipo I	Peridural	13-7-04	S Gal.

Continúa en la página siguiente

Tabla 1. Tipos de abdominoplastia HLT, según condición preoperatoria, anestesia, fecha y lugar de realización (*continuación*).

Nº	Condición preoperatoria	Tipo de cirugía	Anestesia	Fecha	Lugar
17	Abdom. secundaria	Tipo II	Local	11-8-04	Clínica Colombres
18	Abdom. primaria	Tipo I	Peridural	20-8-04	Clínica Colombres
19	Abdom. primaria	Tipo II	Peridural	04-10-04	Hospital Avellaneda
20	Abdom. primaria	Tipo II	Raquídea	26-10-04	Clínica Colombres
21	Abdom. primaria	Tipo I	Peridural	02-11-04	Sanatorio Parque
22	Abdom. primaria	Tipo I	Peridural	03-11-04	Sanatorio Parque
23	Abdom. primaria, Cic-K	Tipo II	Raquídea	24-11-04	Clínica Colombres
24	Abdom. primaria	Tipo I	Raquídea	29-11-04	Clínica Colombres
25	Abdom. primaria	Tipo I	Peridural	10-12-04	Sanatorio Parque
26	Abdom. primaria, PMP	Tipo I	Local	09-3-05	Clínica Colombres
27	Abdom. primaria	Tipo I	Raquídea	08-6-05	Clínica Colombres
28	Abdom. primaria	Tipo II	Raquídea	15-6-05	Clínica Colombres
29	Abdom. primaria	Tipo I	Raquídea	28-6-05	Clínica Colombres
30	Abdom. primaria, PMP	Tipo I	Raquídea	27-7-05	Clínica Colombres
31	Abdom. primaria	Tipo I	Raquídea	30-8-05	Clínica Colombres
32	Abdom. secundaria	Tipo II	Peridural	01-9-05	Clínica Colombres
33	Abdom. secundaria	Tipo II	Raquídea	19-10-05	Clínica Colombres
34	Abdom. primaria	Tipo I	Raquídea	28-10-05	Clínica Colombres
35	Abdom. primaria	Tipo I	Raquídea	07-11-05	Clínica Colombres
36	Abdom. primaria	Tipo I	Raquídea	18-11-05	Clínica Colombres
37	Abdom. primaria	Tipo I	Raquídea	22-3-06	Clínica Colombres
38	Abdom. primaria	Tipo I	Peridural	07-4-06	Sanatorio Regional
39	Abdom. primaria	Tipo I	Raquídea	25-4-06	Clínica Colombres
40	Abdom. primaria	Tipo I	Raquídea	07-6-06	Clínica Colombres
41	Abdom. primaria	Tipo I	Raquídea	01-8-06	Clínica Colombres
42	Abdom. secundaria	Tipo II	Raquídea	12-9-06	Clínica Colombres
43	Abdom. primaria	Tipo II	Raquídea	02-10-06	Clínica Colombres
44	Abdom. primaria	Tipo I	General	10-10-06	Sanatorio Regional
45	Abdom. primaria	Tipo II	Raquídea	06-11-06	Sanatorio Regional
46	Abdom. primaria	Tipo I	Peridural	30-01-07	Sanatorio Regional
47	Abdom. secundaria	Tipo II	Raquídea	24-4-07	Clínica Colombres
48	Abdom. secundaria	Tipo I	Raquídea	26-1-07	Clínica Colombres
49	Abdom. primaria	Tipo II	Raquídea	15-5-07	Clínica Colombres
50	Abdom. primaria	Tipo II	Raquídea	29-5-07	Clínica Colombres
51	Abdom. primaria	Tipo II	Raquídea	27-6-07	Clínica Colombres
52	Abdom. primaria, Cic	Tipo II	Raquídea	03-7-07	Clínica Colombres
53	Abdom. secundaria	Tipo II	Raquídea	26-7-07	Clínica Colombres
54	Abdom. primaria	Tipo II	Raquídea	14-8-07	Clínica Colombres
55	Abdom. secundaria	Tipo II	Raquídea	04-10-07	Clínica Colombres
56	Abdom. primaria	Tipo I	Raquídea	23-10-07	Clínica Colombres
57	Abdom. primaria	Tipo I	Raquídea	24-10-07	Clínica Colombres
58	Abdom. primaria	Tipo II	Raquídea	30-10-07	Clínica Colombres
59	Abdom. primaria	Tipo I	Raquídea	08-11-07	Clínica Colombres
60	Abdom. primaria	Tipo I	Raquídea	22-11-07	Clínica Colombres
61	Abdom. primaria	Tipo I	Raquídea	24-1-08	Clínica Colombres
62	Abdom. primaria	Tipo II	Raquídea	22-4-08	Clínica Colombres
63	Abdom. primaria	Tipo I	Raquídea	13-5-08	Clínica Colombres
64	Abdom. primaria post-LS	Tipo I	Raquídea	03-7-08	Clínica Colombres
65	Abdom. primaria	Tipo I	Raquídea	08-7-08	Clínica Colombres
66	Abdom. primaria	Tipo I	Raquídea	14-7-08	Clínica Colombres
67	Abdom. primaria	Tipo I	Raquídea	17-7-08	Clínica Colombres
68	Abdom. primaria	Tipo I	Raquídea	07-8-08	Clínica Colombres
69	Abdom. primaria	Tipo I	Raquídea	15-8-08	Clínica Colombres
70	Abdom. secundaria	Tipo II	Raquídea	21-8-08	Clínica Colombres
71	Abdom. primaria	Tipo I	Raquídea	01-9-08	Clínica Colombres
72	Abdom. secundaria	Tipo II	Raquídea	09-9-08	Clínica Colombres
73	Abdom. primaria	Tipo I	Raquídea	03-10-08	Clínica Colombres
74	Abdom. secundaria	Tipo II	Raquídea	06-10-08	Clínica Colombres
75	Abdom. primaria	Tipo II	Raquídea	07-10-08	Clínica Colombres
76	Abdom. primaria	Tipo I	Raquídea	14-10-08	Clínica Colombres

Continúa en la página siguiente

Tabla 1. Tipos de abdominoplastia HLT, según condición preoperatoria, anestesia, fecha y lugar de realización (*continuación*).

Nº	Condición preoperatoria	Tipo de cirugía	Anestesia	Fecha	Lugar
77	Abdom. primaria	Tipo I	Raquídea	15-10-08	Clínica Colombres
78	Abdom. primaria	Tipo I	Raquídea	22-10-08	Clínica Colombres
79	Abdom. primaria	Tipo I	Raquídea	11-11-08	Clínica Colombres
80	Abdom. primaria	Tipo I	Raquídea	01-12-08	Sanatorio Regional
81	Abdom. primaria	Tipo I	Peridural	03-3-09	Sanatorio Regional
82	Abdom. secundaria	Tipo I	Raquídea	14-7-09	Clínica Colombres
83	Abdom. secundaria	Tipo II	Raquídea	09-9-09	Clínica Colombres
84	Abdom. primaria	Tipo I	Raquídea	18-3-09	Clínica Colombres
85	Abdom. primaria, Cic-K	Tipo I	Peridural	22-9-09	Sanatorio Regional
86	Abdom. primaria	Tipo I	Raquídea	28-9-09	Clínica Colombres
87	Abdom. primaria	Tipo I	Peridural	05-10-09	Sanatorio Regional
88	Abdom. primaria	Tipo I	Raquídea	10-12-09	Clínica Colombres
89	Abdom. primaria	Tipo I	Raquídea	08-3-10	Sanatorio Regional
90	Abdom. primaria	Tipo I	Raquídea	08-4-10	Clínica Colombres
91	Abdom. primaria	Tipo I	Raquídea	03-6-10	Clínica Colombres
92	Abdom. primaria	Tipo I	Raquídea	07-9-10	Clínica Colombres
93	Abdom. primaria	Tipo I	Raquídea	08-9-10	Sanatorio Regional
94	Abdom. secundaria	Tipo I	Peridural	01-10-10	Sanatorio Regional

Condición preoperatoria. *Abdom. primaria:* abdominoplastia primaria. *Abdom. secundaria:* abdominoplastia secundaria. *Cic:* cicatrices abdominales. *Cic-K:* cicatriz de Kocher. *PMP:* pérdida masiva de peso.

Tabla 2. Análisis por sexo, edad, factores de riesgo, tipo de cirugía evolución, resultados y tiempo de seguimiento postoperatorio.

Nº	Sexo	Edad	Factores de riesgo	Tipo de cirugía	Evolución	Resultado	Control posoperatorio
1	Fem	36 a	No	Tipo II	S/C	Muy bueno	1 mes
2	Fem	54 a	3	Tipo I	3	Muy bueno	4 años
3	Fem	54	4	Tipo I	S/C	Muy bueno	5 años
4	Fem	47 a	No	Tipo I	S/C	Muy bueno	5 años
5	Fem	19 a	5	Tipo I	S/C	Muy bueno	2 años
6	Fem	29 a	4	Tipo I	1-1, 2	Muy bueno	6 meses
7	Fem	40 a	No	Tipo I	S/C	Muy bueno	5 años
8	Fem	45 a	2	Tipo I	S/C	Muy bueno	3 años
9	Fem	62 a	1; 4	Tipo I	S/C	Excelente	6 años
10	Fem	48 a	No	Tipo I	S/C	Muy bueno	6 años 8 meses
11	Fem	59 a	No	Tipo I	S/C	Muy bueno	14 días
12	Fem	47 a	No	Tipo I	10	Regular	5 años
13	Fem	39 a	No	Tipo I	S/C	Excelente	8 meses
14	Fem	28 a	6	Tipo I	S/C	Bueno	13 meses
15	Fem	52 a	No	Tipo II	S/C	Excelente	3 meses
16	Masc	17 a	5	Tipo I	S/C	Bueno	3 años
17	Fem	40 a	No	Tipo II	S/C	Excelente	6 años
18	Fem	62 a	1	Tipo II	S/C	Excelente	6 años
19	Fem	29 a	No	Tipo I	S/C	Muy bueno	2 meses
20	Fem	54 a	No	Tipo II	S/C	Excelente	5 años
21	Fem	54 a	7	Tipo I	S/C	Excelente	1 a 6 meses
22	Fem	45 a	No	Tipo I	9	Muy bueno	52 días
23	Fem	35 a	2	Tipo II	S/C	Muy bueno	23 días
24	Fem	32 a	No	Tipo I	S/C	Muy bueno	6 meses
25	Fem	37 a	1	Tipo I	S/C	Excelente	27 meses
26	Fem	24 a	No	Tipo I	S/C	Muy bueno	9 meses
27	Fem	43 a	2	Tipo I	S/C	Muy bueno	1 año 2 meses
28	Fem	38 a	No	Tipo II	S/C	Muy bueno	3 años 6 meses
29	Fem	29 a	No	Tipo I	S/C	Muy bueno	2 meses
30	Fem	25 a	No	Tipo I	S/C	Muy bueno	1 año 10 meses
31	Fem	33 a	No	Tipo I	S/C	Excelente	4 años 6 meses
32	Fem	37 a	1; 4	Tipo II	8	Excelente	8 meses
33	Fem	38 a	No	Tipo II	S/C	Excelente	4 años
34	Fem	38 a	No	Tipo I	S/C	Muy bueno	5 años
35	Fem	47 a	1	Tipo I	4; 1-2	Bueno	3 años
36	Fem	43 a	1	Tipo I	4	Bueno	1 año 9 meses

Continúa en la página siguiente

Tabla 2. Análisis por sexo, edad, factores de riesgo, tipo de cirugía, evolución, resultados y tiempo de seguimiento postoperatorio (*continuación*).

Nº	Sexo	Edad	Factores de riesgo	Tipo de cirugía	Evolución	Resultado	Control posoperatorio
37	Fem	31 a	No	Tipo I	S/C	Excelente	3 años 4 meses
38	Fem	55 a	No	Tipo I	S/C	Muy bueno	2 meses
39	Fem	31 a	No	Tipo I	S/C	Muy bueno	2 meses
40	Fem	58 a	No	Tipo I	S/C	Excelente	4 años
41	Fem	34 a	No	Tipo I	S/C	Muy bueno	2 años
42	Fem	58 a	4	Tipo II	4	Excelente	4 años
43	Fem	32 a	No	Tipo II	9	Muy bueno	11 meses
44	Fem	60 a	4	Tipo I	S/C	Excelente	1 mes 14 días
45	Fem	35 a	4	Tipo II	S/C	Muy bueno	1 mes 8 días
46	Fem	65 a	2	Tipo I	4	Excelente	9 meses
47	Fem	33 a	1; 4	Tipo II	6	Regular	5 meses
48	Masc	41 a	1	Tipo I	1-1; 2	Muy bueno	1 a 11 meses
49	Fem	39 a	4	Tipo II	S/C	Muy bueno	1 mes 12 días
50	Fem	34 a	No	Tipo II	S/C	Muy bueno	3 años
51	Fem	33 a	1	Tipo II	S/C	Muy bueno	1 año 6 meses
52	Fem	48 a	No	Tipo II	3	Muy bueno	1 año 12 días
53	Fem	33 a	No	Tipo II	2	Bueno	40 días
54	Fem	27 a	4	Tipo II	S/C	Bueno	3 meses 19 días
55	Fem	54 a	4; 7	Tipo II	4	Muy bueno	1 mes 16 días
56	Fem	37 a	No	Tipo I	S/C	Excelente	1 año 56 días
57	Fem	34 a	No	Tipo I	S/C	Excelente	5 meses 8 días
58	Fem	48 a	No	Tipo II	S/C	Excelente	3 años 34 días
59	Fem	28 a	No	Tipo I	3	Excelente	2 meses 22 días
60	Fem	35 a	5; 7	Tipo I	4; 1-1	Bueno	1 año 1 mes
61	Fem	45 a	1	Tipo I	S/C	Muy bueno	2 añ. 11 meses
62	Fem	32 a	4	Tipo II	S/C	Bueno	2 añ. 5 meses
63	Fem	27 a	No	Tipo I	S/C	Muy bueno	3 mes 19 días
64	Fem	57 a	No	Tipo I	4	Muy bueno	2 años 4 meses
65	Fem	51 a	No	Tipo I	S/C	Excelente	1 año 1 mes
66	Fem	42 a	No	Tipo I	S/C	Excelente	1 mes 15 días
67	Fem	26 a	No	Tipo I	6	Bueno	5 meses
68	Fem	56 a	No	Tipo I	S/C	Muy bueno	2 años 3 meses
69	Fem	22 a	No	Tipo I	S/C	Muy bueno	5 meses
70	Fem	46 a	1; 2	Tipo II	4; 6	Regular	2 meses
71	Fem	30 a	1; 4	Tipo I	9	Bueno	2 mes 13 días
72	Fem	52 a	1; 2	Tipo II	6	Bueno	2 meses
73	Fem	34 a	4	Tipo I	S/C	Muy bueno	1 año 10 meses
74	Fem	58 a	2.	Tipo II	S/C	Muy bueno	1 año 11 meses
75	Fem	42 a	No	Tipo II	S/C	Bueno	5 meses
76	Fem	61 a	No	Tipo I	S/C	Muy bueno	1 mes 22 días
77	Fem	37 a	No	Tipo I	S/C	Bueno	1 año
78	Fem	57 a	1	Tipo I	3	Muy bueno	2 años
79	Fem	39 a	1; 4	Tipo I	3	Bueno	46 días
80	Fem	37 a	4	Tipo I	4; 3	Bueno	4 meses
81	Fem	45 a	1	Tipo I	S/C	Muy bueno	1 mes
82	Fem	29 a	1	Tipo I	S/C	Muy bueno	5 meses
83	Fem	39 a	No	Tipo II	S/C	Muy bueno	1 año 1 mes
84	Fem	28 a	No	Tipo I	S/C	Muy bueno	1 año
85	Fem	42 a	1	Tipo I	3	Bueno	1 mes
86	Fem	24 a	No	Tipo I	S/C	Muy bueno	1 mes 22 días
87	Fem	59 a	No	Tipo I	S/C	Muy bueno	1 año
88	Fem	52 a	No	Tipo I	S/C	Muy bueno	6 meses
89	Masc	40 a	No	Tipo I	8	Muy bueno	8 días
90	Fem	32 a	No	Tipo I	8	Muy bueno	8 meses 6 días
91	Fem	37 a	1	Tipo I	5; 8	Regular	6 meses
92	Fem	61 a	No	Tipo I	3	Regular	2 meses
93	Fem	35 a	No	Tipo I	6	Muy bueno	2 meses 17 días
94	Fem	36 a	1	Tipo I	3	Bueno	1 mes 16 días

Factores de riesgo. 1: tabaquismo. 2: hipertensión arterial. 3: diabetes. 4: magullamiento fácil. 5: obesidad. 6: cicatrices hipertroóficas o queloides. 7: asma bronquial.
Evolución (complicaciones): 1-1: drenaje por herida seroso, sero-hemático. 1-2: drenaje por herida purulento. 2: supuración por hilos de sutura. 3: seroma.
 4: hematoma. 5: infección con supuración. 6: dehiscencia ombligo. 7: necrosis infraumbilical. 8: epidermolísis de ombligo. 9: necrosis ombligo. 10: retracción cicatricial ombligo.



Figuras 1 a 4. Paciente N° 40, con abdominoplastia primaria. Preoperatorio.

COMPLICACIONES POSOPERATORIAS

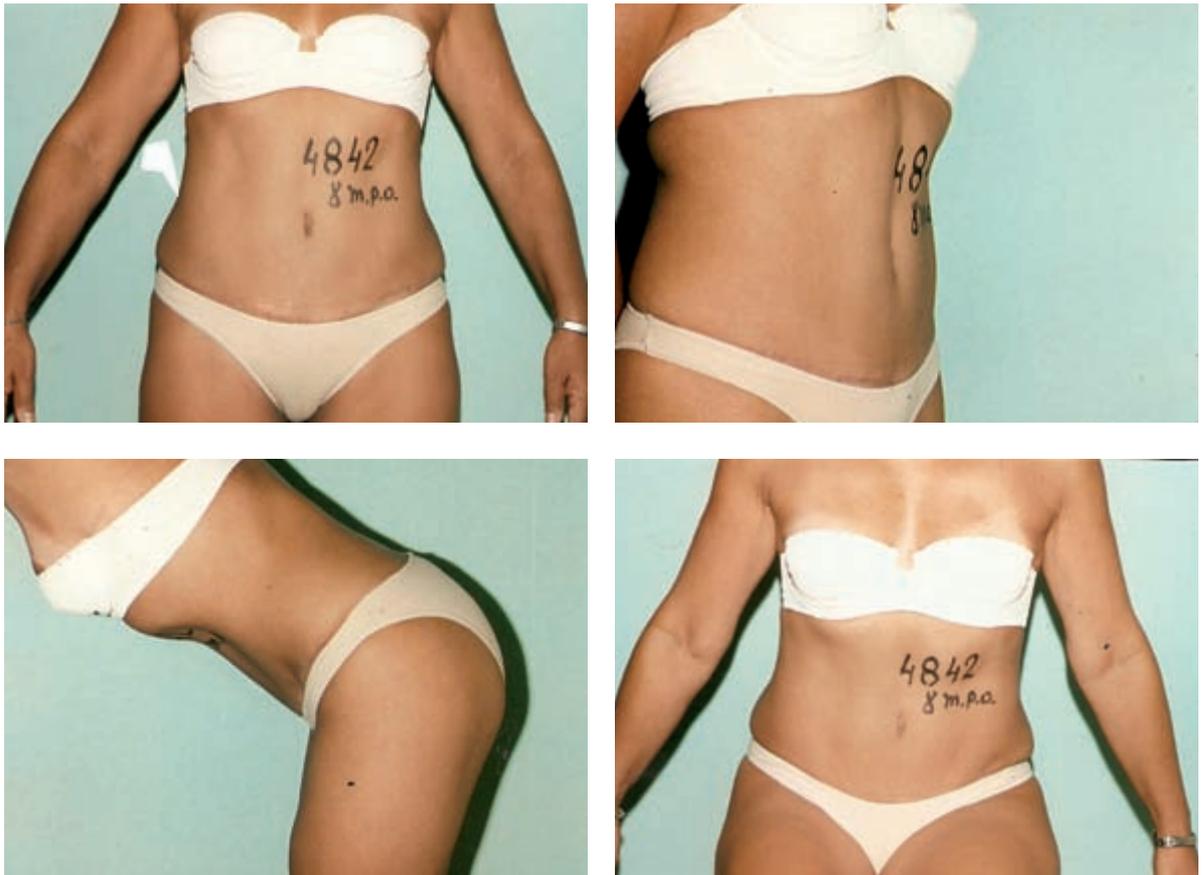
Se han descrito: **trombosis venosas profundas**, y la más temida, **trombo embolismo pulmonar**. El autor no las tuvo.

Sufrimiento y necrosis del flap. Una de las causas más comunes es la isquemia por compresión. Por tal motivo están absolutamente prohibidos vendajes tensos y cintas adhesivas tensadas transversalmente sobre el abdomen. Las fajas compresivas no se deben usar hasta pasado el decimoquarto día posoperatorio. Las restantes complicaciones comunes a otras cirugías, como hemorragias, infecciones, necrosis de ombligo, y de la parte infraumbilical (dos), dehiscencias de bordes, son todas evitables y han tenido una incidencia mínima en la casuística del autor. Párrafo aparte merece el **seroma**, que está en una tasa de unos 9% en la casuística del autor, especialmente cuando se asocia una importante liposucción. Con punciones repetidas se soluciona esta molesta pero leve complicación. En muy escasas situaciones el autor recurrió a los puntos de Baroudi,¹⁶ especialmente en reoperaciones en que se encontró con pseudobursas de seromas, luego de su resección.

DISCUSIÓN

Para Lockwood la abdominoplastia clásica estaba basada en dos supuestos, erróneos. **Primero**, el creer que la mayor redun-

dancia de tejidos, y por ende la flaccidez, se encontraba en la parte central del abdomen, en el eje xifopúbico, y por lo tanto, que la mayor resección de tejido se debía hacer en esa zona. Esto es cierto por debajo del ombligo, aun cuando hay también una importante redundancia y relajación horizontal lateralmente. Por arriba del ombligo la fuerte adherencia del SFS a la línea blanca limita el exceso vertical. Su experiencia con el *lower body lift*, le permitió apreciar que la mayor redundancia de tejidos estaba en las partes laterales del abdomen, y que por lo tanto allí debía hacerse la mayor resección de tejidos. Hay excepciones a este concepto, tales como pacientes con grandes y ptósicos depósitos adiposos en epigastrio, ocasionales deformaciones posparto con marcado exceso vertical, y flaccidez infraumbilical aisladas, que requieren sólo miniabdominoplastias.^{1,2,4,6} La **segunda** suposición errónea era el creer que se necesitaba un amplio despegamiento hasta los rebordes costales para poder avanzar el *flap* abdominal superior. Baroudi, en 1991, ya había recomendado "limitar el despegamiento a un triángulo central definido por el xifoides y las espinas ilíacas anterosuperiores" para disminuir el riesgo de necrosis.¹⁴ De acuerdo con Illouz, la liposucción del *flap* abdominal produce un efecto de malla o despegamiento discontinuo que es casi tan efectivo como el despegamiento directo.¹⁵ En *lifting* de muslos, Lockwood demostró que el despegamiento con cánulas de liposucción es efectivo para movilizar la piel del muslo lateral.⁹



Figuras 5 a 8. Paciente N° 40. Posoperatorio.

En las técnicas clásicas de abdominoplastias, se realiza un amplio despegamiento hacia rebordes costales y la línea axilar anterior para poder hacer llegar el viejo orificio umbilical hacia la incisión suprapúbica, en ausencia de un verdadero exceso epigástrico vertical. Los tejidos laterales flácidos son traccionados hacia abajo y adentro, alargando efectivamente la dimensión vertical del *flap* abdominal en la línea media, y permitiendo que el primitivo orificio umbilical sea movido hasta el pubis.⁷ Sin embargo, “la verdadera relajación troncal ocurre en mayor magnitud a lo largo del contorno lateral en la mayoría de los pacientes, resultando en un aflojamiento superomedial hacia el epigastrio. La tracción inferolateral que se recomienda en esta técnica es opuesta en 90 grados a la inferomedial de la abdominoplastia clásica, que puede llevar a contornos antinaturales con el tiempo”.^{2,6}

PRINCIPIOS QUIRÚRGICOS

Los principios fundamentales son cuatro:.

Primero: la máxima resección de tejidos se hace lateralmente, lo que pone la más alta tensión (**condición sine qua non**) en el cierre en los miembros laterales de la incisión.

Segundo: sólo se deben seccionar las perforantes que sea necesario para la plicatura de los rectos. Para esto el despegamiento

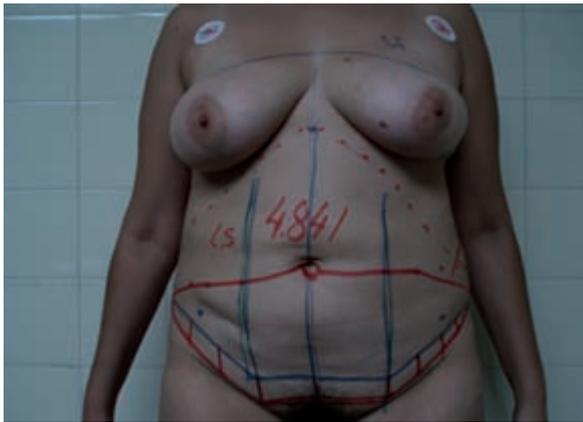
se circunscribe a la línea media sobrepasando muy poco hacia lateral los bordes internos de los músculos rectos, lo suficiente para hacer las suturas. El despegamiento del *flap* superior remanente se hace con divulsión vertical a tijera, o con cánulas de liposucción, conservando gran cantidad de perforantes y permitiendo un adecuado avance del *flap* para su sutura final.

Tercero: la reparación del SFS se hace con suturas permanentes, **a tensión**, lo que lleva a un contorno más natural, disminuye la tensión sobre la piel y elimina la depresión suprapúbica del posoperatorio alejado de la técnica clásica, que se produce por retracción de tejidos subcutáneos mal suturados.

Cuarto: es posible asociar, sin mayor riesgo, una liposucción en el mismo acto operatorio en el abdomen superior y lateral, y parte posterior del tronco.¹⁻⁶

SELECCIÓN DE PACIENTES

Esta abdominoplastia se diseñó como alternativa a la técnica clásica y está indicada para deformidades del contorno abdominal en las que la **flaccidez** de los tejidos blandos es el componente esencial. Los pacientes que requieren liposucción sola o mínima resección de piel infraumbilical, en forma de una miniabdominoplastia, no son candidatos para esta técnica.¹⁻⁶



Figuras 9 a 12. Preoperatorio.



Figuras 13 a 15. La misma paciente. Posoperatorio.

EVALUACIÓN PRE OPERATORIA

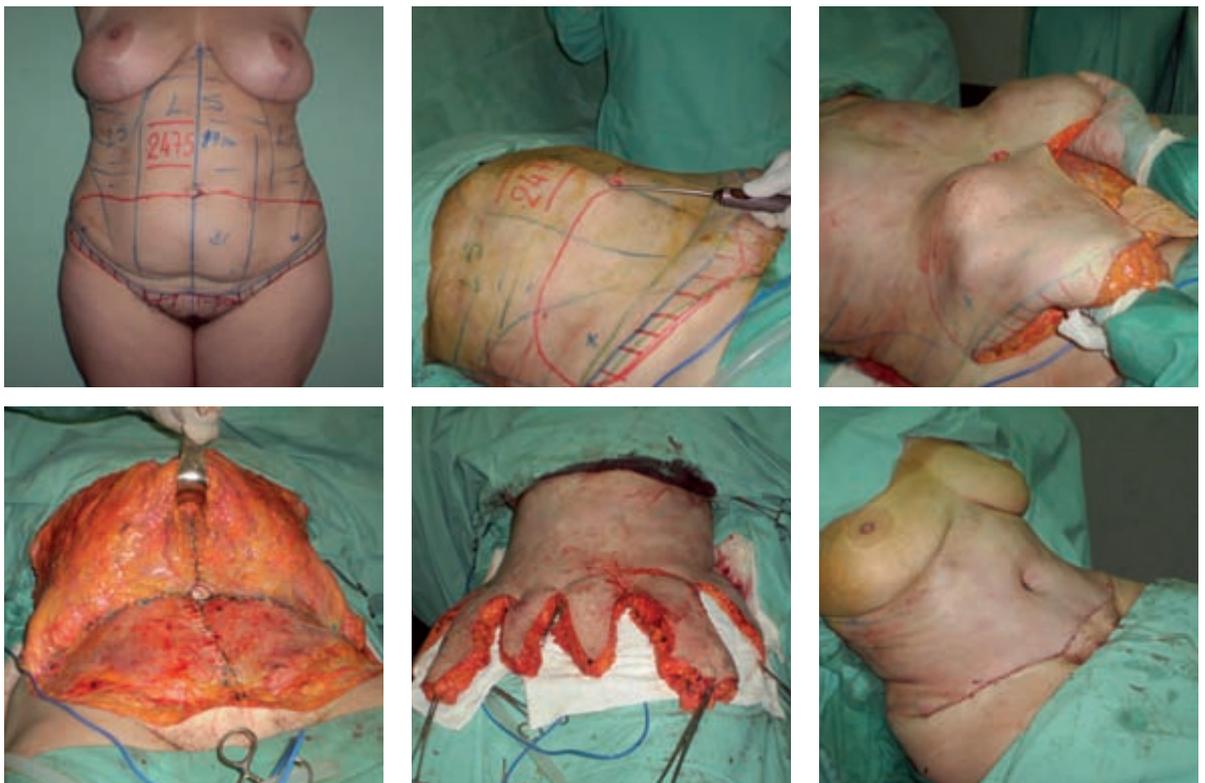
Se debe evaluar el tronco en general: la forma del abdomen, el ombligo y las regiones vecinas (el monte de Venus, los tejidos inguinales, su flaccidez y redundancia, la parte superior de los muslos), la espalda, sus depósitos de grasa en áreas subescapulares, lumbares y sobre crestas ilíacas. Evaluar la columna vertebral y sus posibles deformidades, escoliosis, lordosis acentuadas o carencia de lordosis.

Una abdominoplastia está destinada a corregir los tres componentes alterados de la pared abdominal: *piel, tejidos subcutáneos* y el *grado de adiposidad, músculos y aponeurosis*.

Piel. Se debe evaluar la calidad de piel, su textura y el grado de flaccidez, teniendo en cuenta que la que quedará luego de la resección es la misma piel dañada y estirada, y que la calidad del resultado se basa en ella. Considerar las estrías, su ubicación, dimensiones y cantidad, teniendo en cuen-



Figuras 16 a 19. Paciente Nº 65, con abdominoplastia primaria. Preoperatorio.



Figuras 20 a 25. Paciente Nº 65. Marcación e intervención.



Figuras 26 a 29. Paciente N° 65. Posoperatorio.



Figuras 30 y 31. Paciente N° 42, con abdominoplastia secundaria. Preoperatorio.

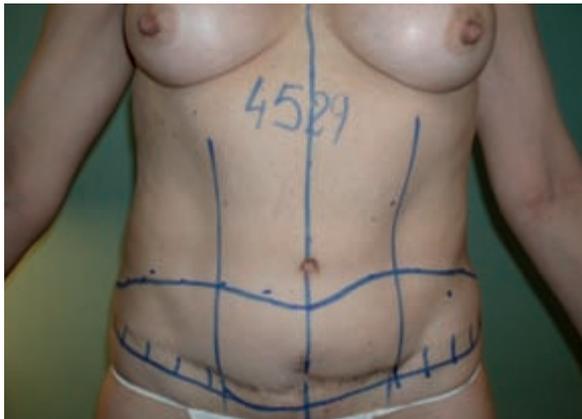
ta que las que se ubican por encima de la línea de resección, permanecerán en el posoperatorio, lo que se debe comunicar al paciente.

Tejido celular subcutáneo y el grado de adiposidad que indique practicar una liposucción.

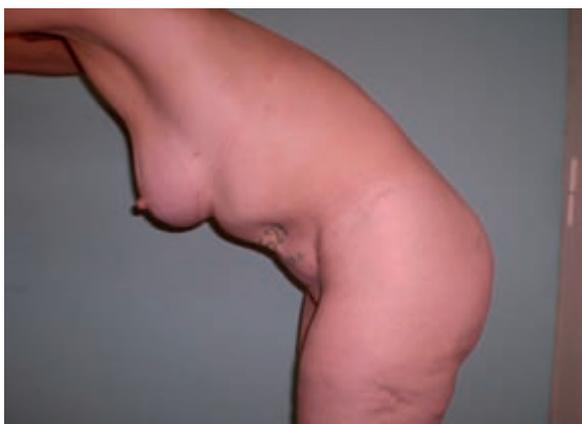
Plano músculo-aponeurótico: presencia y grado de diastasis de los rectos, y su extensión en sentido vertical. Es importante examinar al paciente de pie, con la musculatura relajada, y apoyando su espalda en una pared. También en de-

cúbito dorsal, relajado y haciendo que levante los hombros como para sentarse. En este momento se hace que toque la brecha que existe entre los bordes musculares, y hasta puede, profundizando los dedos, sentir los latidos de su aorta.

La HLTA no es sólo una abdominoplastia, es un poderoso *lifting* inferior del cuerpo, dando mejoramiento no sólo en el abdomen sino en el monte de Venus, región inguinal, muslo proximal y aun las nalgas. Hasta la postura puede ser mejorada. El sello distintivo de la abdominoplastia HLTA es el poner la máxima tensión en la porción lateral de la incisión, de tal manera que el tercio central de la incisión queda casi yuxtapuesto



Figuras 32 y 33. Paciente N° 42. Marcación e intervención.



Figuras 34 a 37. Paciente N° 42. Posoperatorio.

después del cierre de cada tercio lateral. Esto a menudo significa que el orificio umbilical viejo no será escindido, dejando una cicatriz vertical por su cierre. Mientras ésta generalmente cicatriza bien, y aceptando que la presencia de la cicatriz puede ser considerada parte de una verdadera y pura HLTA, es necesario reconocer que ésta (la cicatriz del ombligo viejo) no siempre cura perfectamente y muchos pacientes y cirujanos verdaderamente quieren evitarla. En este caso, si la paciente se niega firmemente a tener esa cicatriz, se le puede dar tres opciones: 1) ubicar la totalidad de la incisión más alta para aumentar la probabilidad de suprimir el viejo orificio umbilical; 2) no ha-

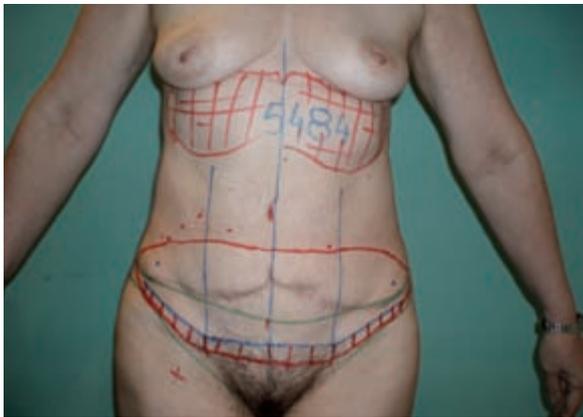
cer una HLTA y realizar una abdominoplastia clásica;⁶ 3) hacer una HLTA y aceptar la cicatriz vertical, si fuera necesario, para dar una apropiada tensión a la piel por la escisión.

CONCLUSIONES

Se trata de una técnica con conceptos diferentes a los de las abdominoplastias clásicas, en la que cuesta algo entender el principio de la mayor resección, y por ende, tensión lateral, pero que cuando se llegó a comprenderlo y utilizarlo proporciona resultados excelentes.



Figuras 38 y 39. Paciente Nº 55, con abdominoplastia secundaria. Preoperatorio.



Figuras 40. Paciente Nº 55. Marcación.

Es destacable su gran utilidad en abdominoplastia secundarias con secuelas, generalmente fruto de la resección máxima en la línea media en el eje xifoides-ombbligo, con pubis traccionados hacia arriba, cicatrices ensanchadas, sobre todo en su sector suprapúbico, y con “rollo” horizontal de tejido por encima de la cicatriz, fruto de la retracción del tejido subcutáneo por la pobre reparación con suturas absorbibles, y la escasa capacidad de resistencia de la sutura dérmica.

Estas características la hacen una técnica muy versátil con sus dos tipos de diseño de incisión, I y II, con la cual se pueden solucionar la gran mayoría de problemas importantes en cirugías primarias o secundarias.



Figuras 41 y 42. Paciente Nº 55. Posoperatorio.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lockwood T. High-lateral-tension abdominoplasty with superficial fascial system suspension. Meeting ASAPS, 1994.
2. Lockwood T. High-lateral-tension abdominoplasty with superficial fascial system suspension. *Plast Reconstr Surg* 1995;96(3):603-615.
3. Lockwood T. El papel de la resección de la piel flácida en la cirugía del modelado corporal. *Clínicas de Cirugía Plástica*. Editorial Médica Panamericana. Octubre 1996. Vol. 23, Nº 4, p 187.
4. Lockwood T. Maximizing aesthetics in lateral-tension abdominoplasty and body lift. *Clin Plast Surg* 2004;31(4):523-537.
5. Teitelbaum S: Demystifying High-lateral-tension abdominoplasty. *Aesth Surg J*. 2006; 26 (3):325-329.
6. Teitelbaum S. High lateral tension abdominoplasty. In: Aston SJ, Steinbrech DS, Walden JL (eds). *Aesthetic plastic surgery*. Saunders Elsevier 2009 Chapter 69 p 823-836.
7. Aston S. Abdominoplasty. In: *Aesthetic plastic surgery*. Rees TD. W B Saunders Company 1980 Vol. II Pág. 1007-1038.
8. Lockwood T. Superficial fascial system (SFS) of the trunk and extremities: a new concept. *Plast Reconstr Surg* 1991;87:1009.

9. Lockwood T. Transverse flank-thigh -buttock lift with superficial fascial system suspension. *Plast Reconstr Surg* 1991;92:111.
10. Lockwood T. Lower body lift with superficial fascial system suspension. *Plast Reconstr Surg* 1993;92(6):1112-1122.
11. Hartrampf CR Jr. Breast Reconstruction with living tissue.
12. Grevious MA, Cohen M, Shah SR, and Rodríguez P. Structural and functional anatomy of the abdominal wall in clinics in plastic surgery. Elsevier Saunders April 2006 Vol. 33 Number 2.
13. Mathes SJ, Nahai F. Clinical applications for muscle and musculocutaneous flaps. *The C. V. Mosby Company, 1982 Part I Principles* p 98.
14. Baroudi R, Moraes M. Philosophy, technical principles, selection and indications in body contouring surgery. *Aesthetic Plastic Surgery* 1991;15:1
15. Illouz YG. A new technique for localized fat deposit. Paris: Les nouvelles esthétiques, 1978.
16. Baroudi R, Ferreira CAA. Seroma: How to avoid it and how to treat it. *Aesthet Surg J* 1998;18:439-441.
17. Shiffman MA. En: Shiffman MA, Mirrafati S *Cirugía estética de la pared abdominal; AMOLCA 2007, Capítulo 15, pág 146.*

FOTORREJUVENECIMIENTO POR TERAPIA FOTODINÁMICA

Fabián Pérez Rivera¹

1. Miembro de la Asociación Argentina de Cirugía (MAAC). Cirujano Plástico Recertificado.

RESUMEN

La terapia fotodinámica (TFD) es una variación de la fototerapia. Se aplica un tópico fotosensibilizante, el ácido 5-aminolevulínico (ALA), sobre la piel de la zona a tratar seguido de la irradiación por una fuente lumínica. Tratando pacientes portadores de sus principales indicaciones, lesiones preneoplásicas y neoplásicas cutáneas faciales, se evidenció un notable mejoramiento en la calidad de la piel: disminución de pequeñas rídeles, lesiones pigmentarias y vasculares cutáneas, y engrosamiento dérmico mediado por incremento de fibras colagénicas. Nace así el fotorrejuvenecimiento por terapia fotodinámica (FTF). El autor presenta su experiencia desde el ingreso de esta técnica al país, enero de 2008, realizando FTF aplicada en 44 zonas corporales de 24 pacientes y la demostración de los cambios histológicos logrados mediante biopsia cutánea. Se pone en manifiesto las propiedades oncoprofilácticas de este procedimiento.

Palabras clave: terapia fotodinámica, fotorrejuvenecimiento, láser.

SUMMARY

Photodynamic therapy is a variation of phototherapy. 5-aminolevulinic acid (ALA), in external use only photosensitizer drug is applied on the target skin area than then is followed by the radiation by a luminic source. After treating patient affected by PDT principal indications such as precancerous and cancerous facial skin lesions it was observed a noticeable improvement in the quality of the skin: decrease of little wrinkles, pigmentary and vascular skin lesions and skin thickening mediated by increase in the number of collagen fibers. This is how photorejuvenation by photodynamic therapy borns. The author presents his experience since 2008 when this technique comes available in the country. Treatment of 44 body zone in 24 patients. Results are supported by histological changes. Oncologic prophylactic properties of this procedure became evident.

Keys words: photodynamic therapy, photorejuvenation, laser.

INTRODUCCIÓN

Historia

La **fototerapia**, tratamientos de afecciones mediante el uso de luz, no es una idea novedosa: antiguas civilizaciones de Egipto, India y Grecia usaban psoralenos, compuesto natural fotosensibilizador, extraídos de diversas plantas para el tratamiento de alteraciones pigmentarias.¹⁵

En 1904, von Tappeiner y Jesionek llevaron a cabo el primer estudio clínico utilizando una solución de eosina activada por la exposición a la luz solar para el tratamiento de cánceres cutáneos. Se pasó a denominar reacción fotodinámica a aquella que para producirse necesita la presencia de una sustancia fotosensibilizante, oxígeno y luz.^{7,8}

En 1960, Lipson utilizó por primera vez como sustancia fotosensibilizante un derivado purificado de las hematoporfirinas. Los estudios llevados a cabo por Dougherty, en 1978, en los que se demostró el tratamiento con éxito de distintas neoplasias sirvieron de base para el inicio de la aplicación clínica de esta técnica.^{7,8}

Terapia fotodinámica

La **terapia fotodinámica (TFD)** es una variación de la fototerapia; emplea un tópico fotosensibilizante, el **ácido 5-aminole-**

levulínico (ALA), que se aplica sobre la piel de la zona a tratar. El ALA es un precursor de la protoporfirina IX que se activa luego de una exposición predeterminada a una fuente de luz visible.¹³

Esta reacción provoca liberación de radicales de oxígeno libre, oxígeno singlete, inducción a la disminución de la replicación celular en el tejido tumoral, daño en la microvasculatura del tumor y del tejido normal circundante y desencadena una reacción inflamatoria mediada por neutrófilos y macrófagos que provocarán la fotooxidación del elemento a eliminar, especialmente células con rápida proliferación celular (tumores, glándulas sebáceas).¹³

Esta serie de eventos desencadenados logran tratar con alta eficacia una lista enorme de patologías dérmicas, a saber:^{5,6,9,12,19-22,24}

- Cáncer espinocelular
- Cáncer basocelular
- Queratosis actínica
- Queratosis simple
- Queratosis seborreica
- Queilitis actínica
- Eritroplasia de Queyrat
- Rinofima
- Rosácea
- Acné



Figura 1. Lápiz aplicador: contiene 2 ampollas, una en cada extremo. En una de ellas se encuentra el ALA en forma de polvo; en la otra ampolla solución estéril. Se rompen ambas ampollas apretando fuertemente el tubo y se procede a sacudirlo para permitir mezclar la solución con el polvo y de esta forma activar el ALA.



Figura 2. Se aplica el ALA con el lápiz aplicador como si se estuviera pintando la zona a tratar. Una vez que queda bien embebida, se coloca al paciente a oscuras durante 30 a 60 minutos. De esta forma se le da tiempo al ALA a que penetre a través de la piel antes de ser expuesta a fuente lumínica.

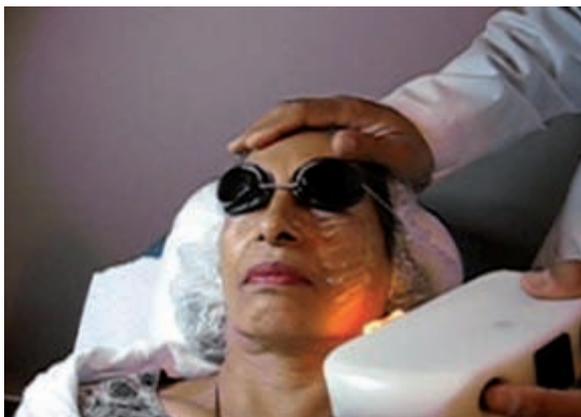


Figura 3. Exposición a fuente lumínica. Se aplica sobre la zona previamente pintada con ALA permitiendo de esta forma su transformación a protoporfirina IX y el inicio de la reacción.

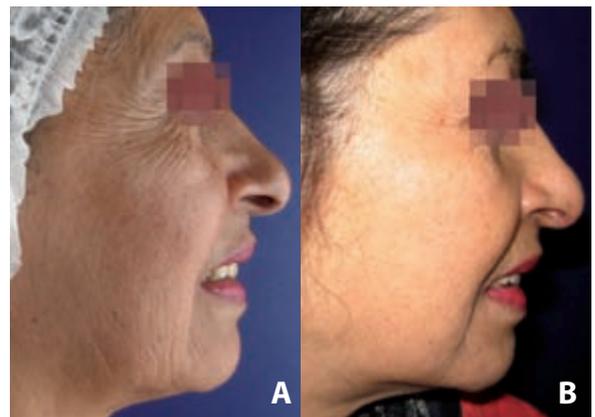


Figura 4. Paciente de 65 años, fototipo III, antes (A) y 6 meses después (B) de la aplicación. Se enfatiza evaluar disminución de rítdes. No se asoció ningún otro tratamiento.

- Hidradenitis supurativa
- Psoriasis
- Sarcoma de Kaposi
- Molusco contagioso
- Alopecia areata
- Condiloma acuminado

La gran reacción inflamatoria antes explicada también genera un notable y potenciado estímulo sobre el fibroblasto incrementando la producción de ácido hialurónico, elastina y sustancia fundamental, que conlleva invariablemente un aumento cualitativo de la piel.^{16,23}

Este mejoramiento se puede evidenciar en las pieles dañadas a través de la eliminación de lesiones pigmentarias y vasculares producto del fotodaño y del fotoenvejecimiento (**Tabla 1**), así como en cambios estructurales de la dermis (**Tabla 2**) mediados por un incremento en la cantidad y calidad de fibras elásticas y colágenas evidenciable en la disminución de pequeñas rítdes, disminución del diámetro de los poros y aumento de espesor de la dermis.^{16,23}

Otra forma de evidenciar los resultados es a través del acorta-

Tabla 1. Lesiones pigmentarias y vasculares por fotodaño y fotoenvejecimiento.
• Lentigos solares y seniles
• Queratosis
• Poiquiloderma
• Rosácea
• Teleangiectasias
• Nevos rubí
• Angiomas estelares

miento de los tratamientos de fotorrejuvenecimiento. Un habitual tratamiento de fotorrejuvenecimiento por láser o luz pulsada se protocoliza en 4 a 6 sesiones con una separación de 10-30 días entre cada una de las sesiones. El FTF puede ser realizado en 1 o 2 sesiones con intervalo similar (**Tabla 3**).^{16,23}

Aunque es recomendable la luz pulsada como fuente lumínica a aplicar sobre la zona expuesta al ALA en los tratamientos de fotorrejuvenecimiento, también se puede utilizar cualquier fuente de luz, láser y no láser, dentro del espectro de luz azul (405-420 nm) o luz roja (635 nm).⁴

Uno de los nombres comerciales del ALA es Levulan (ami-



Figura 5. Paciente de 49 años, fototipo II, antes (A) y 6 meses después (B) de la aplicación. Se enfatiza evaluar eliminación de lesiones pigmentarias. No se asocio ningún otro tratamiento.

Tabla 2. Cambios cualitativos de la piel fotodañada.	
•	Disminución fibras colágenas y elásticas
•	Aparición de pequeñas rítidias (arrugas finas)
•	Aumento diámetro de los poros

Tabla 3. Fotorrejuvenecimiento.	
IPL	5-ALA + IPL
4 a 6 sesiones	1 a 3 sesiones
Cada 10 a 30 días	Cada 10 a 30 días
Escasa epidermólisis	Abundante epidermólisis
"Cara limpia" 5 a 7 días	"Cara limpia" 7 a 10 días
Sin fotosensibilidad	Con fotosensibilidad (48 horas)

nolevulínico al 20%), que cuenta con aprobación de la FDA y la ANMAT.

MATERIAL Y MÉTODO

Entre febrero 2008 y febrero 2010 fueron tratadas 44 zonas en 24 pacientes (22 femeninos). Todos se realizaron FTF en rostro y 15 pacientes combinaron zonas (rostro-escote, rostro-escote-manos).

Las zonas tratadas fueron:

- 24 rostros
- 10 cuellos
- 6 escotes
- 4 dorsos de manos

Procedimiento

Se comienza limpiando fuertemente la zonas a tratar, frecuentemente el rostro, con alcohol y acetona e incluso realizando una abrasión cutánea. Esto va a permitir una mayor absorción del ALA.

Se aplica el ALA en la zona a tratar y se debe dejar a oscuras al paciente durante 30 a 60 minutos para permitir una mayor absorción y penetración del producto (**Figuras 1 y 2**).

Al término de la espera se debe lavar la zona para eliminar vestigios del ALA. En forma inmediata se aplica la fuente lu-



Figura 6. Paciente 68 años fototipo II, antes (A) y 6 meses después (B) de la aplicación. Se enfatiza evaluar la mejoría rosácea. Se le realizó antes de TFD relleno con ácido hialurónico en labio superior.

mínica para lograr la transformación del ALA en protoporfirina IX y, así, el comienzo de los cambios (**Figura 3**).

Durante 48 horas la paciente debe cuidarse de fuentes lumínicas intensas. Debe evitar el sol directo e incluso las pantallas de la televisión y de la computadora deben ser vistas desde lejos.

Puede generarse epidermólisis que evoluciona normalmente en 4 a 7 días. Se indica la aplicación constante de geles des- congestivos o cremas hidratantes.

Los efectos adversos habituales del procedimiento son:^{3,4,7}

- Enrojecimiento
- Edema
- Prurito
- Epidermólisis
- Fotosensibilidad

Las complicaciones descriptas para esta técnica son: hipopigmentación, hiperpigmentación, ulceración, ampolla, necrosis, cicatrices.^{3,4,7}

RESULTADOS

Se obtuvo mejoría en la totalidad de los pacientes (**Figuras 4, 5 y 6**).

Salvo la epidermólisis que genera efecto "cara sucia" por el lapso de 4 a 7 días, el resto de los efectos adversos desaparecen entre las 48 y las 72 horas.

Una vez eliminadas las costras de la epidermólisis ("cara limpia"), se le indica a todos los pacientes el uso de cremas exfoliantes e inhibidoras de melanización y factores de protección solar altos por el lapso de 6 meses.

Las complicaciones que se evidenciaron fueron 8 casos de hipopigmentaciones irregulares y un edema importante que llevó al uso de corticoides sistémicos para disminuirlo.

Aunque parte de un tratamiento de fotorrejuvenecimiento es generar la eliminación o atenuación de lesiones pigmentarias, en estos 8 casos quedaron marcados los prismas del cabezal de aplicación de luz pulsada, que tienen forma rec-



Figura 7. Efecto adverso: se observa la hipopigmentación rectangular dada por el tamaño del cuarzo transmisor (4 x 1 cm). Resuelve en forma espontánea o aplicando cremas exfoliantes e inhibidoras de melanización para evitar, en algunos casos, la hiperpigmentación secundaria al proceso inflamatorio.

tangular, por lo que durante un período que varió, según el paciente, de 1 a 6 meses, se trataron estas marcas con cremas inhibidoras de melanización, cremas despigmentantes y exfoliantes (**Figura 7**).

La mejoría en la calidad de la piel se muestra en las **Figuras 4, 5 y 6** y en los preparados histológicos antes y después del procedimiento (**Figura 8**).

Los cambios evidenciados fueron: incremento espesor dérmico, aumento de la vascularización, disminución de la sustancia fundamental e incremento de fibras colágenas y elásticas (**Figura 8**).

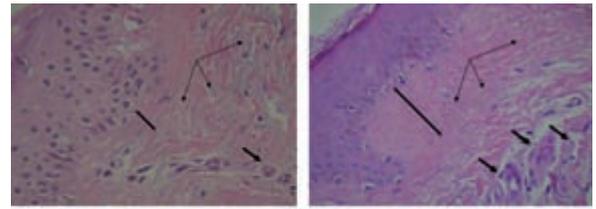
CONCLUSIONES

La queratosis actínica es la lesión premaligna cutánea mas común, con una prevalencia del 10% en pacientes de más de 40 años y con Fitzpatrick I y II (pieles claras). Estos pacientes refieren habitualmente quemaduras solares o altas exposiciones solares durante su infancia-adolescencia sin los cuidados convenientes.²

Aunque algunas lesiones pueden tender a la involución y desaparecer, hay un riesgo potencial de malignización, que va del 1al 16% por cada año de evolución según las diferentes estadísticas.²

Su diagnóstico clínico no siempre es sencillo. Al comienzo de su evolución puede pasar como una lesión costrosa o eritematosa que involuciona y vuelve a aparecer. Poe esta razón el médico se basa más en la referencia de la evolución referida por el paciente, y ante la duda solicita o realiza una biopsia de la lesión.

Es por esto último que se enfatiza el efecto profiláctico de la TFD en la evolución de cánceres cutáneos al poder tratar con efectividad no solo lesiones premalignas como las queratosis actínicas, sino que además puede tratar también con efectividad tumores basocelulares y la enfermedad de Bowen o carcinoma espinocelular *in situ*. En estos últimos 2 casos hay que realizar biopsia de la lesión, previa y posterior, para certificar la correcta destrucción de las células cancerígenas.



PreTDF

Dermis papilar fina (1:0.7)
Capilares finos (1gr)
Vasos aislados
Fibras elásticas separadas (elastosis solar)

Pos TDF

Dermis papilar engrosada (1:0.6)
Capilares mayor diámetro (3 gr)
Neoformación vascular (agrupados)
Sustancia hialina densa, homogénea
Aumento de fibras colágenas

Figura 8. Análisis histológico de biopsias pretratamiento y postratamiento (6to mes) de la región laterocervical izquierda en la paciente del efecto adverso (Figura 7). Se puede observar un aumento del grosor de la dermis mediado por el incremento de fibras colágenas y elásticas, disminución de la sustancia fundamental y el aumento en calibre y en cantidad de los vasos sanguíneos.

En comparación con otros sistemas de fotorrejuvenecimiento -luz pulsada, láser, leds- cabe resaltar el acortamiento del tratamiento y de la cantidad de sesiones con FTF, y por lo tanto una más rápida obtención de resultados.^{1,4,11,14,15,17,18}

También es importante aclarar que mientras en el presente trabajo la fuente lumínica utilizada fue la luz pulsada, cualquier fuente lumínica puede ser utilizada para activar el 5-ALA, como, por ejemplo, láseres, lámparas de leds, lámparas incandescentes, luz solar.

Los efectos adversos que se presentaron son los comunes a la bibliografía y todos transitorios.^{3,4,7}

La terapia fotodinámica ya adquirió hace una década aprobación de FDA para la eliminación de lesiones precancerígenas y cancerígenas cutáneas, e incluso el tratamiento es cubierto por el sistema de salud en los Estados Unidos de Norteamérica.

Por lo tanto, independientemente del resultado obtenido y aquí documentado en imágenes y por biopsia cutánea, es interesante evaluar la posibilidad de dar a nuestros pacientes no solo un tratamiento de rejuvenecimiento facial sino una terapéutica eficaz para lesiones precancerígenas cutáneas.

Numerosa bibliografía y años de experiencia avalan los resultados obtenidos con tecnologías lumínicas no ablativas para el fotorrejuvenecimiento facial y corporal.^{1,4,11,14,15,17,18}

Se presenta el uso de una tecnología no invasiva que logra no solo el mejoramiento de los tratamientos convencionales de fotorrejuvenecimiento por láser y luz pulsada sino que a la vez logra eliminar lesiones premalignas y malignas.

BIBLIOGRAFÍA

1. *García Pumarino Santofimia R, Sánchez Oloso A. Láser, luz pulsada, radiofrecuencia y otras fuentes de energía: Complemento ocasional a la Cirugía Plástica? Cir Plast Iberolatinoam Vol 34 N°1 pp. 61-70 (Enero-Febrero-Marzo 2008).*
2. *Glogau RG. The risk of progression to invasive disease. J Am Acad Dermatol 2000;42:23-24.*

3. Gold MH, Goldman MP. 5-Aminolevulinic acid photodynamic therapy: where we have been and where we are going. *Dermatol Surg* 2004;30:1077-1084.
4. Gold NM, Kauvar A, Tabú A, Geronemus B, Ritvo E, Goldman M, Gilbert D, Richey D, et al. The use of photodynamic therapy in dermatology: results of a consensus conference. *J Drugs Dermatol* 2006;5(2):140-154.
5. Horio T, Horio O, Miyauchi-Hashimoto H, Ohnuki M, Isei T. Photodynamic therapy of sebaceous hyperplasia with topical 5-aminolevulinic acid and slice projector. *Br J Dermatol* 2003;148:1274-1276.
6. Itoh Y, Ninomiya Y, Tajima S, Ishibashi A. Photodynamic therapy of acne vulgaris with topical aminolevulinic acid and incoherent light in Japanese patients. *Br J Dermatol* 2001;144:575-579.
7. Kalka K, Merk H, Mukhtar H. Photodynamic therapy in dermatology. *J Am Acad Dermatol* 2000;42(3):389-403.
8. Kormeili T, Yamauchi PS, Lowe NJ. Topical photodynamic therapy in clinical dermatology. *Br J Dermatol* 2004;150:1061-1069.
9. Kurwa HA, Barlow RJ. The role of photodynamic therapy in dermatology. *Clin Exp Dermatol* 1999;24:143-148.
10. Frazier CC. Photodynamic therapy in Dermatology. *International Journal of Dermatology*, Vol 35 Nro 5, May 1996.
11. Martínez-Carpio PA, Trelles MA. El láser y la fotónica en la Cirugía Plástica española e iberoamericana. Antecedentes históricos, aplicaciones actuales y proyectos de desarrollo inmediato. *Cir Plast Iberolatinoam* Vol 36 N° 1 pp. 59-78 (Enero - Febrero - Marzo 2010).
12. Mizuki D, Kaneko T, Hanada K. Successful treatment of topical photodynamic therapy using 5-aminolevulinic acid for plane warts. *Br J Dermatol* 2003;149:1087-1088.
13. Ceburkov O, Gollnick H. Photodynamic therapy in dermatology. *Eur J Dermatol* 2000;10:568-578.
14. Ortiz Serrano C I. Terapia Fotodinámica. *Revista Asociación Colombiana de Dermatología & Cirugía Dermatológica* 2000;8(3).
15. Ottini JF. El Láser, un nuevo recurso en Cirugía Plástica. *Rev Arg de Cirugía Plástica* 1999;5(2):56-62.
16. Nootheti PK, Goldman MP. Aminolevulinic acid-photodynamic therapy for photorejuvenation. *Dermatol Clin* 2007;25:35-45.
17. Pérez Rivera F. Láser y luz pulsada. Capítulo XX. En: Gotlib N., Pérez Diamonte S, Muhafrá D (eds). *Dérmato Estética*. Edit. El Fénix, Argentina, 2005.
18. Pérez Rivera, F. Principios físicos de la luz pulsada. Diferencias y similitudes con el láser. *Dermaco's*. Vol 5 N° 1 (enero/marzo 2001).
19. Pollock B, Turner D, Stringer MR, Bojar RA, Goulden V, Stables GI, Cunliffe WJ. Topical aminolevulinic acid-photodynamic therapy for the treatment of acne vulgaris: a study of clinical efficacy and mechanism of action. *Br J Dermatol* 2004;151:616-622.
20. Schroeter CA, Pleunis J, van Nispen tot Pannerden C, Reineke T, Neumann HA. Photodynamic Therapy: New Treatment for Therapy-Resistant Plantar Warts. *Dermatol Surg* 2005; 31:71-75.
21. Tarstedt M, Rosdahl I, Berne B, Svanberg K, Wennberg AM. A Randomized multicenter study to compare two treatment regimens of topical methyl aminolevulinate (Metvix®)-PDT in actinic keratosis of the face and scalp. *Acta Derm Venerol* 2005; 85:424-428.
22. Touma D, Yaar M, Whitehead S, Konnikov N, Gilchrest BA. A trial of short incubation, broad-area photodynamic therapy for facial actinic keratoses and diffuse photodamage. *Arch Dermatol* 2004;140:33-40.
23. Touma D, Gilchrest B. Topical Photodynamic Therapy: A New Tool in Cosmetic Dermatology. *Semin Cutan Med Surg* 2003;22(2):124-130.
24. Touma D, Yaar M, Whitehead S, Konnikov N, Gilchrest B. A trial of short incubation, broad-area photodynamic therapy for facial actinic keratoses and diffuse photodamage. *Arch Dermatol* 2004;140:33-40.
25. Itoh Y, Ninomiya Y, Tajima S, Ishibashi A. Photodynamic therapy for acne vulgaris with topical 5-aminolevulinic acid. *Arch Dermatol* 2000;136(9):1093-1095.

RECONSTRUCCIÓN DEL PABELLÓN AURICULAR

Guillermo Franze¹

1. Miembro Titular SACPER. Hospital Zonal de Caleta Olivia. Santa Cruz, Rep. Argentina

RESUMEN

La reconstrucción auricular es considerada habitualmente como una cirugía difícil y decepcionante, por lo que hemos profundizado en el estudio y en la práctica de la intervención. Burt Brent, Satoru Nagata y Francoise Firmin fueron quienes nos han influido para realizar la corrección de las microtías. Cualesquiera sean las circunstancias que nos lleven a reconstruir una oreja, el principio es siempre el mismo: utilizar un soporte para reproducir los relieves de la oreja y recubrir ese soporte con piel de buena calidad. En lo que concierne al soporte, aunque su forma varíe según los casos clínicos, el principio es el mismo, se trate de reconstruir una oreja malformada o amputada. En lo que concierne a la cubierta cutánea, difiere en sus principios si se trata de una microtia o de una amputación post-traumática. En este trabajo describimos la técnica quirúrgica de un caso de microtia.

MATERIAL Y MÉTODOS

Construcción de la maqueta que permite reconstruir los relieves de una oreja

La oreja tiene una forma compleja y es imposible reproducir sus relieves sin utilizar un soporte. En el caso que nos ocupa (microtia), nuestro protocolo incluye pacientes mayores de 10 años por dos razones: a esa edad contamos con el suficiente cartílago donante como para reconstruir una maqueta completa de 4 elementos, y a esa edad la oreja humana ha alcanzado prácticamente el tamaño de la del adulto (**Figura 1**). Si debemos reconstruir más de $\frac{1}{4}$ del pabellón auricular, recurrimos al cartílago costal autólogo. Se obtiene de los arcos costales 6°, 7°, 8° y 9°.

Obtención del cartílago costal (1° tiempo)

El abordaje es a nivel de una incisión oblicua situada en el borde inferior de la parrilla costal (**Figura 2**). Se extraen 3 o 4 arcos costales. La disección a nivel posterior es subpericóndrica. El pericondrio anterior se mantiene adherido al material a resecar, lo que asegura la cohesión de los segmentos adyacentes en los cuales se recortará la base de la maqueta. La cara profunda de este bloque, desprovista de pericondrio, se convertirá en la cara anterior, esculpida de la maqueta. Se debe ser cuidadoso en la sutura de los músculos abdominales para evitar la depresión torácica de la zona donante.

Escultura de la maqueta tridimensional

La realización de la maqueta requiere cierto entrenamiento, que se puede obtener utilizando materiales sintéticos disponibles en el mercado (poliéster expandido, aunque también se pueden utilizar materiales más corrientes como jabón o papa). La escultura de una maqueta completa se hace utilizando cuatro elementos: la base, el hélix, el antehélix y el complejo trago-antitrago (**Figura 3**). Una vez esculpidos, serán unidos con hilos de acero $\frac{4}{0}$. Si no hay complicaciones, esta maqueta cartilaginosa autóloga no sufrirá ninguna deformación ni reabsor-

ción. La forma de esta estructura puede variar y debe ser adaptada a cada caso. Se guarda en este tiempo quirúrgico una pieza de cartílago costal debajo de la piel torácica para ser utilizado en el segundo tiempo para levantar la oreja.

Clasificación de los abordajes cutáneos en el primer tiempo de la reconstrucción

El abordaje cutáneo depende del aspecto de los remanentes auriculares. No es el tema de esta presentación la correlación entre el aspecto de la microtia y el contexto en que se desarrolla.

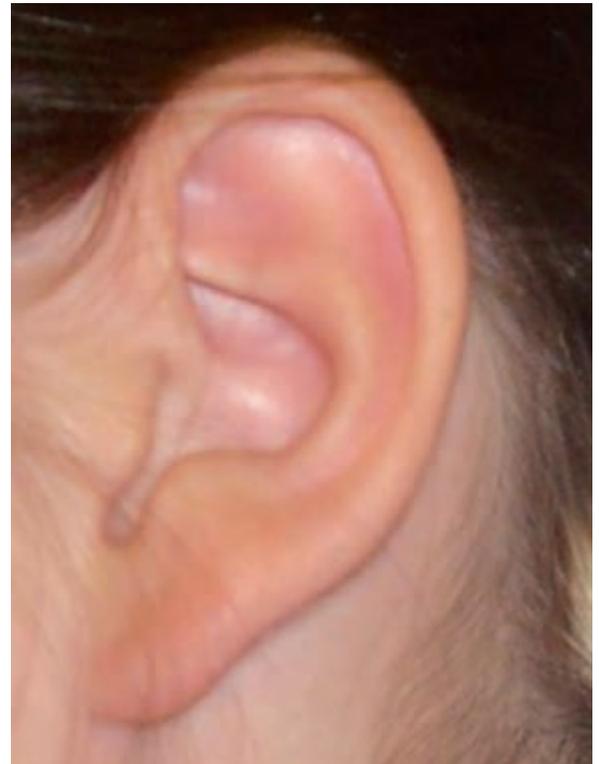


Figura 1. Se puede observar la complejidad de los relieves de la oreja normal. Solamente con la utilización de un soporte es posible reproducir estos relieves

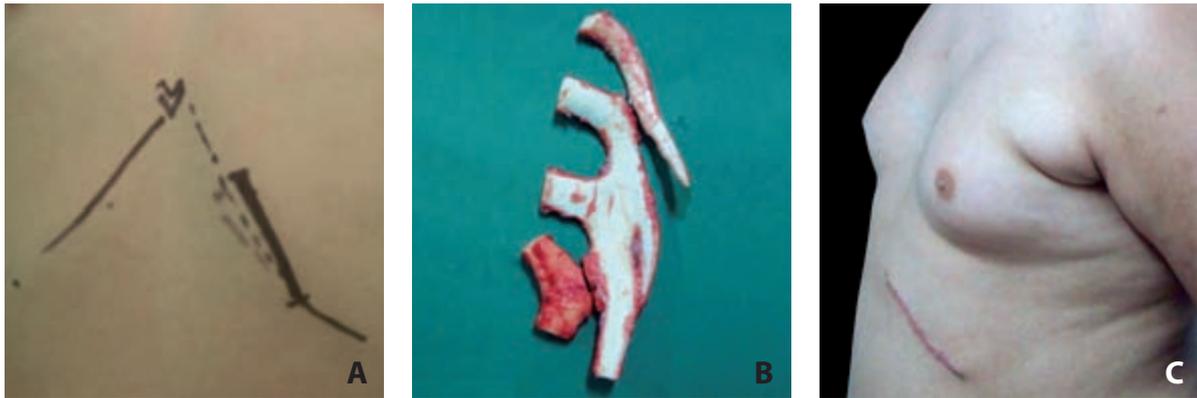


Figura 2. A. Abordaje en borde inferior de parrilla costal del mismo lado de la oreja a reconstruir (Nagata). B. Arcos costales donantes. C. Zona donante en tórax sin deformidad.

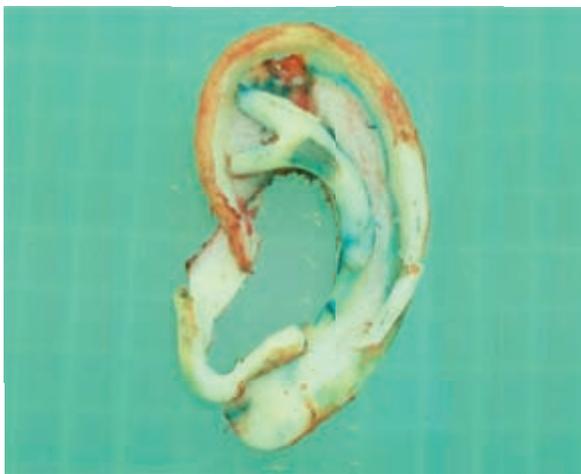


Figura 3. Maqueta tridimensional completa (tipo 1 de Firmin) con 4 elementos unidos por acero 4.0.



Figura 4. A. Aspecto inmediato en la finalización de 1er tiempo. B. Aspecto alejado del 1er tiempo. Todos los relieves de la oreja están reconstruidos, pero está pegada y se deben realizar refinamientos de piel.

Los remanentes auriculares pueden tener formas muy diversas. Utilizamos los tres tipos de abordajes descritos por Firmin. Se trata de una clasificación quirúrgica que permite elegir el abordaje cutáneo adaptado a cualquier forma de remanente.

- **Tipo 1.** Se trata de una Z plastia en la que uno de los colgajos incluye el lóbulo, permitiendo la transposición del lóbulo hacia atrás. Se realizaba en el segundo tiempo de la técnica de Brent, nosotros seguimos a Nagata y Firmin, realizándolo en el primer tiempo de la colocación de la maqueta tridimensional.
- **Tipo 2.** Se realiza una incisión transfixiante del remanente auricular y una incisión posterior. Esto permite la unión de la parte inferior del remanente en la mastoidea. La extremidad inferior de la maqueta puede así ser introducida entre dos planos cutáneos y en su parte superior recubierta por un colgajo cutáneo de pedículo posterior. Es el tipo de abordaje que más utilizamos por la mayor frecuencia de presentación de los remanentes y es el que utilizamos en el caso que nos ocupa.

- **Tipo 3.** Es una simple incisión. Se utiliza en 2 situaciones extremas: cuando la oreja tiene relieves anormales pero su tamaño es casi normal (3a de Firmin), o cuando no existe ningún remanente, en este caso la incisión puede colocarse en el límite del cuero cabelludo (3b de Firmin).

Una vez que el injerto de cartílago está colocado y la plástica cutánea realizada, colocamos aspiración continua durante 72 horas para que la piel se adapte a los relieves subyacentes; esto evitará espacios muertos y hematomas, que serían fuente de fibrosis (Figura 4 A). Al finalizar este primer tiempo quirúrgico todos los relieves de la oreja han sido reconstruidos, pero aún se encuentra pegada (Figura 4 B). Seis meses más tarde se realiza el despegamiento de la oreja, creando el surco retroauricular y reconstruyendo la pared posterior de la concha. Aumentamos así la proyección de la oreja, que se vuelve visible de frente (Figura 7 B). En este momento se debe realizar los refinamientos de piel en caso de ser necesario. Creación del surco retroauricular y proyección de la oreja reconstruida en el segundo tiempo de la reconstrucción (2° tiempo)



Figura 5. 2do tiempo, en donde se observa el despegamiento de la maqueta y la colocación de injerto de cartílago para dar proyección. Se observa la fascia con la cual se cubrirá el cartílago.



Figura 6. Aspecto posoperatorio inmediato del 2do tiempo terminado: se cubrió el injerto cartilaginoso con fascia temporal, y éste con un injerto de piel fino de cuero cabelludo (se observa cicatriz alopecica de BAHA).



Figura 7. Vista frontal: A. Preoperatorio. B. Posoperatorio 3 meses del 2do tiempo.

Realizamos la técnica de Nagata modificada por Firmin. Incidimos la piel por el borde del pabellón a nivel del hélix, hasta exponer el cartílago y levantar la oreja, exponiendo la cara posterior de la base de la maqueta. Se realiza la liberación hasta que ésta permita la fijación del injerto de cartílago esculpido para reproducir la forma del muro posterior de la concha. Dicho injerto se había reservado bajo la piel torácica en el primer tiempo de la cirugía. Fijamos este injerto a la manera de Firmin, a la maqueta tridimensional mediante tres puntos transfixiantes (**Figura 5**). El conjunto de la maqueta se fija con los puntos necesarios de prolene a la mastoides para darle estabilidad. El conjunto del cartílago expuesto se cubre con un

colgajo de fascia temporal sobre el cual se aplica un injerto de piel fina obtenida del cuero cabelludo (**Figura 6**).

RESULTADOS

En las **Figuras 7, 8 y 9** se observan la vista frontal, la vista lateral y un primer plano del preoperatorio y los resultados obtenidos.

DISCUSIÓN

Numerosos soportes sintéticos han sido propuestos, pero hasta ahora ninguno ha persistido. Posiblemente en un futuro será posible utilizar cultivos cartilagosos para reconstruir una ore-

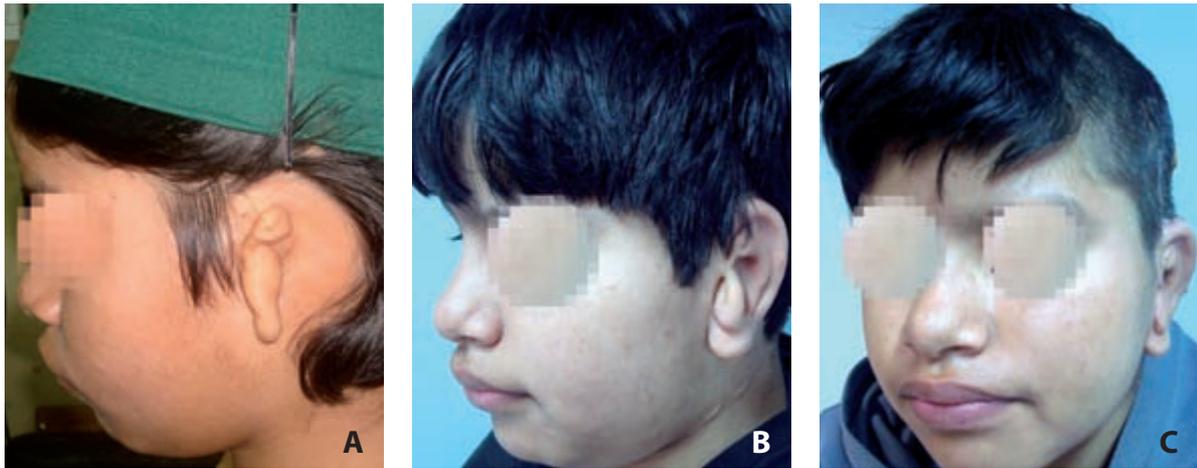


Figura 8. Vista lateral: A. Preoperatorio. B. Aspecto de la oreja luego del 1er tiempo: se observan los relieves, pero aún está pegada. C. Posoperatorio 3 meses del 2do tiempo.



Figura 9. A. Close-up preoperatorio. B. Close-up posoperatorio 2do tiempo.

ja. Podemos imaginar que después de una simple biopsia de cartílago autógeno, se podrá utilizar un cultivo de tejidos para obtener un bloque de cartílago. Y la informática quizás permitirá obtener una maqueta tridimensional que reproduzca los relieves de la oreja contralateral. Pero aunque ya es una realidad el cultivo de condrocitos, todavía no es posible reproducir el tejido matricial, sin el cual el cartílago no puede resistir la retracción cutánea.

CONCLUSIÓN

La reconstrucción auricular es una disciplina exacta que debe seguir algunas reglas: elegir el soporte autógeno más adecuado, perdurable en el tiempo y de estructura tridimensional, despegar el pabellón reconstruido y respetar las unidades anatómicas.

Al menos en nuestras manos, y coincidiendo con los autores que seguimos, si debemos reconstruir más de $\frac{1}{4}$ del pabellón auricular, utilizamos cartílago costal para su reconstrucción tridimensional.

Aguardamos como mínimo hasta los 10 años de edad; hasta el momento ideal de realizar la cirugía, el equipo médico debe ser contenedor del entorno familiar.

Con el comienzo de la etapa escolar del niño, alrededor de los 5 o 6 años, se produce el ingreso a la actividad social del niño y su familia y, en condiciones ideales, tanto el paciente, su entorno y el equipo médico desearían que la patología estuviera resuelta ya en esta etapa. Pero se deben explicar en forma minuciosa nuestros objetivos, para que la cirugía se realice en el momento oportuno, y no antes, a fin de obtener resultados más satisfactorios.

BIBLIOGRAFÍA

1. Brent B. The correction of microtia with autogenous cartilage grafts: I. The classic deformities. *Plast Reconstr Surg* 1980;66:1-12.
2. Brent B. The correction of microtia with autogenous cartilage graft: II. Atypical and complex deformities. *Plast Reconstr Surg* 1980; 66:16-21.
3. Brent B. The artistry of reconstructive surgery. St. Louis: The C.V. Mosby Co; 1987:113-127.
4. Brent B. Auricular repair with autogenous rib cartilage grafts: Two decades of experience with 600 cases. *Plast Reconstr Surg* 1992;90:355.

5. Firmin F. Microtie: reconstruction par la technique de Brent. *Ann Chir Plast Esthet* 1992;37:119-131.
6. Firmin F. Ear reconstruction in cases of typical microtia. Personal experience based on 352 microtic ear reconstruction. *Scand J Plast Reconstr Surg Hand Surg* 1998;32:35-47.
7. Firmin F. La reconstruction auriculaire en cas de microtie. Principes, méthodes et classification. *Ann Chir Plast Esthet* 2001;46:447-466.
8. Nagata S. Modification of the stages in total reconstruction of the auricle. Part I. Grafting the three-dimensional costal cartilage framework for lobule- type microtia. *Plast Reconstr Surg* 1994;93:221-230.
9. Nagata S. Modification of the stages in total reconstruction of the auricle. Part II. Grafting the three-dimensional costal cartilage framework for concha type microtia. *Plast Reconstr Surg* 1994;93:231-242.
10. Nagata S. Modification of the stages in total reconstruction of the auricle. Part III. Grafting the tridimensional costal cartilage framework for small concha type microtia. *Plast Reconstr Surg* 1994;93:243-253.

COMENTARIO DEL 41º CONGRESO ARGENTINO DE CIRUGÍA PLÁSTICA

CATARATAS DEL IGUAZÚ - PROVINCIA DE MISIONES - ARGENTINA
30 DE MARZO AL 2 DE ABRIL DE 2011

Desde el 30 de marzo al 2 de abril del 2011 se llevó a cabo el 41º Congreso de nuestra Sociedad. El evento se desarrolló en Misiones, enmarcado por el imponente paisaje de las maravillosas Cataratas del Iguazú.

Fueron intensas jornadas de conferencias y presentación de trabajos.

Los profesionales invitados dieron un marco de excelencia a nuestro Congreso. Se contó con la presencia de las Dras. Marita Eissenman Klein (Alemania) y Lucía Vera Cardin (Brasil).

Los Dres. José Tariki (Brasil), Lyacir Ribeiro (Brasil), Jack Gunter (EE.UU.), Maxime Champy (Francia), Antony Matos da Fonseca (Portugal), Fabio Fantozzi (Italia), Martín del Yerro (España), Jagdeep Nanchahal (Inglaterra), Oscar Ramírez (EE. UU.) y Alfonso Venturelli (Italia) realzaron las jornadas con sus conferencias.

En las conferencias centrales se expusieron los siguientes temas: “Sustitutos cutáneos”, por el Dr. Edmar Maciel Lima (Brasil); “Contorno corporal”, por el Dr. Esteban Elena; “Principios de la reconstrucción de partes blandas y cómo acelerar la consolidación de fracturas”, por el Dr. Jagdeep Nanchahal (Inglaterra). A éstas se sumaron las múltiples conferencias brindadas por los invitados extranjeros y destacados colegas de nuestra Sociedad.

Los relatos oficiales fueron: “Estética, trasplante de tejido adiposo. Experiencia de 30 años”, a cargo del Dr. Abel Chajchir, y “Distracciones osteogénicas maxilofaciales”, a cargo del Dr. Luis Alberto Margaride.

Se presentaron treinta postulantes para ingresar como Miembros Titulares de la SACPER con modalidad “trabajo” y “examen”. Se premió con una Mención Especial, en las presentaciones a Premio Senior, al Dr. Fernando Colombres, por el trabajo “Abdominoplastias con alta tensión lateral. Un enfoque diferente”.

En e-pósters, fue distinguido “Secuencia Pierre Robin. Diagnóstico y tratamiento”, de los Dres. Juan Carlos Perroni, Sergio Polichela y la Dra Silvana Morales.

Este Congreso fue un agradable encuentro de colegas, en el que se convivió con la camaradería y la actividad científica. En este marco se realizó la Asamblea General Ordinaria de la SACPER, donde se aprobaron la Memoria, el Balance y el informe de Secretaría por unanimidad. En el momento de la votación de la lista de autoridades, el Dr. Jorge Díaz García retiró su postulación por razones personales y, al quedar la lista incompleta, se pasó a un cuarto intermedio para el día 12 de abril en la Asociación Médica Argentina, a las 21 horas, a fin de realizar la votación de otra lista, así como la presentación de la lista para el período 2012- 2013.

Se contó con concurrencia de más de 700 asistentes.

Quiero destacar por este medio el trabajo de los organizadores: Dres. Eduardo Gómez Vara, Jorge Díaz García, Iris Blanco, Jorge Ferreira y demás integrantes del Comité Organizador. Vayan a ellos mis felicitaciones por la tarea realizada.

Dra. Martha O. Mogliani

NÉSTOR OSCAR MAQUIEIRA: UNA FIGURA EJEMPLAR DE LA CIRUGÍA PLÁSTICA ARGENTINA

Ricardo J. Losardo¹, José M. Viñas², Paulino Morales³, Elina Ares de Parga⁴, Rubén Aufgang⁴, Fortunato Benaim⁴, Vicente Bertone⁴, Juan M. Chavanne⁴, Ulises De Santis⁴, Andrés Dimópulos⁴, Pedro Dogliotti⁴, Enrique Gagliardi⁴, Horacio García Igarza⁴, Justo La Torre⁴, Héctor Llobera⁴, Víctor Nacif Cabrera⁴, Francisco Olivera Vila⁴, Jorge Patané⁴, Silvano Plazzotta⁴, Gustavo Prezzavento⁴, Cristina Rijavec⁴, Juan C. Rodríguez⁴, Susana Ruiz⁴, Carlos Sereday⁴, José Soria⁴, Flavio Sturla⁴, Rodolfo Toledo Ríos⁴, Ricardo Yohena⁴

1. Director del Curso Superior Trienal. 2. Secretario General del Curso. 3. Presidente Honorario del Curso. 4. Profesor del Curso.

Correspondencia: Lavalle 1844 5to. "30", (1051) CABA, Rep. Argentina | Tel/fax: 4372-4604 | rlosardo@infovia.com.ar

RESUMEN

Se realizó un homenaje a Néstor Maquieira –fundador del Curso Superior Trienal– con motivo de su fallecimiento. Veintiocho cirujanos plásticos, docentes de este curso de posgrado de especialización, expresan la opinión sobre su persona. Señalan que fue una figura ejemplar en la especialidad en nuestro país, por su labor asistencial y fundamentalmente por su labor docente. Se establece el día de su natalicio, el 2 de julio, como el día del Curso Superior Trienal.

Palabras clave: Maquieira, curso de especialización, Cirugía Plástica argentina.

SUMMARY

Is a tribute to Néstor Maquieira –founder of the Superior Course Triennial– on the occasion of his death. Express opinion on his person 28 plastics surgeons, teachers of this postgraduate course of specialization. They say that he was an exemplary figure in the specialty in our country, for his medical care and mainly for his teaching work. The day of his birth, on July 2, has been set as the day of the Superior Course Triennial.

Key words: Maquieira, specialization course, Argentinean Plastic surgery.

EL HOMBRE

La unánime opinión favorable que ha producido esta relevante figura fallecida el 24/09/09, a los 87 años, ha entrado en nuestra memoria colectiva.

Siempre se ha subrayado su dedicación asistencial y docente, su autoridad y humildad científica, su ética profesional, su honestidad y calidad humana, su distinción natural y su señoría de vida. El estilo de Maquieira tuvo las siguientes características: no se dejó llevar por ambiciones personales, no se interesó por su propia figuración, fue poseedor de un bajo perfil permanente y se centró siempre en una misión colectiva.

Tuvo una vida extensa y rica en realizaciones positivas. Su inagotable accionar, su indiscutible talento y su constante perfeccionamiento se suman para confluír en una personalidad descolante. Como resultado de todo ello, su nombre siempre se pronunció respetuosamente en nuestro medio.

EL DOCENTE

Su gestión en la docencia en nuestra especialidad fue única e inigualable, producto de su dinamismo, empuje y equilibrio. La desarrolló a nivel hospitalario, universitario y societario, creando –en todos ellos– el marco necesario para que puedan formarse centenares de médicos cirujanos tanto argentinos como extranjeros.

Como docente enseñó con una gran entrega vocacional.

En síntesis, Maquieira, en cuanto a la formación de especialistas en cirugía plástica fue todo un precursor con un gran espíritu emprendedor.

En nuestro ambiente societario, marcó el inicio de la educación “en mayúscula” al fundar el Curso Superior de Especialización en Cirugía Plástica y se constituyó en el principal forjador de este noble proyecto educativo, que ya lleva 33 años de vida y tan rico en historia.

Su influencia en los albores de nuestro Curso Superior (trienal) fue muchísimo mayor de lo que se supone y fue el que puso sus cimientos duraderos.

Muchos de los valores e ideales que ejerció y transmitió continúan aún vigentes y sostienen y justifican nuestra tarea como docentes de posgrado.

Su entrega a favor del Curso Superior Trienal fue total y mantuvo en ella una continuidad de tres décadas. Fue una figura central en la existencia del Curso y a lo largo de su vida fue siempre un referente del mismo.

EL HOMENAJE

Para los cirujanos plásticos argentinos, la ida de Maquieira significa la pérdida de un maestro, de un líder y de un amigo. Su paso por nuestra sociedad científica no fue en vano.

Los docentes del Curso Superior Trienal y los directivos de la SACPER lo recordaremos como una figura ejemplar.

El mejor homenaje que se le podía hacer es recordarlo anualmente en la fecha de su natalicio, el 2 de julio, como el día del Curso Superior Trienal. Todo un honor para nosotros.

Finalmente, este líder societario se llevó consigo la gratitud de toda una sociedad científica.

Con el afecto de todos nosotros, los docentes de tu Curso te acompañaremos siempre con nuestro mayor respeto y cariño.

ALGUNOS BREVES COMENTARIOS INDIVIDUALES

Prof. Dra. Elina Ares de Parga
(Cátedra de Miembros y Mano).

Tuve la enorme fortuna de tenerlo –hace ya muchos años– como Maestro durante mi formación como Residente de Cirugía Plástica en el Hospital Castex (de San Martín), en el Servicio que él fundó.

Me acompañan siempre imborrables recuerdos, teniendo siempre presente sus enseñanzas, a través de su paciente e incansable transmisión de conocimientos, sin retaceo ni egoísmo alguno. Una persona íntegra. Su figura es y será siempre, un ejemplo a seguir.

Prof. Consulto Dr. Fortunato Benaim
(Cátedra de Quemaduras).

Tuve el privilegio de haber compartido con el Dr. Néstor Maquieira inquietudes científicas y afectos familiares y disfrutar de su amistad por un largo período, durante el cual pude apreciar todas sus cualidades, las que hoy son valoradas en toda su dimensión en el Homenaje que le rinden sus pares. Al adherirme a tan justo y merecido recordatorio, lo hago con el cariño del amigo y el respeto a su inteligente aporte, que contribuyó a enriquecer y difundir el conocimiento de la Cirugía Plástica argentina y a la preparación de nuevas generaciones de cirujanos, que inspirados por su ejemplo y aplicando sus enseñanzas, son los mejores exponentes de su legado.

Prof. Dr. Andrés Dimópulos
(Cátedra de Cirugía Estética)

Maquieira ha sido una figura rectora, una autoridad, un conductor silencioso en nuestro Curso Superior Trienal. Hemos mantenido con él algunas charlas sobre el Curso y han sido muy útiles para mi gestión como Secretario General del Curso durante todos los años que estuve en su conducción y organización.

El Curso tiene ya muchos años de vida y una historia larga, donde ya empiezan a aparecer las ausencias. No hay duda que a esta figura ejemplar se la extrañará.

Prof. Dr. Horacio García Igarza
(Cátedra de Cirugía Estética)

Néstor Maquieira fue un muy buen cirujano y más importante aún es que fue una gran persona y siempre fue un placer compartir cosas con él.

Prof. Dr. Héctor Llobera
(Cátedra de Cirugía Estética)

Néstor Maquieira me recuerda a mi padre. Una figura paternal, llena de sabiduría y al mismo tiempo llena de humildad.

Tuve la suerte de formarme –en gran parte– al lado de él, en el Hospital Militar Campo de Mayo, donde colaboró durante bastante tiempo y sobre todo durante y después del conflicto de Malvinas.

Profesor Néstor Maquieira gracias, lo tendremos siempre presente.

Prof. Dr. Paulino Morales
(Presidente Honorario)

Néstor O. Maquieira: magnífico cirujano, profesional y maestro. Precursor de la microcirugía. Trabajando en la Sala VI del Hospital Rawson introdujo el método instrumental para la anastomosis de pequeños vasos sanguíneos mediante el aparato de Nakayama, procedimiento que se sumó a innumerables métodos quirúrgicos propios.

Con su tesón de trabajador incansable continuó su labor como Jefe del Servicio de Cirugía Plástica en el Hospital Castex y en el Hospital Naval, acompañado por su entrañable colaborador y amigo el Dr. Marcelo Di Paola.

Fuimos compañeros en el Hospital Francés. Siempre recordaré su medida, su bondad, en fin, todo un gran Señor.

Prof. Consulto Dr. Flavio Sturla
(Cátedra de Cirugía Maxilofacial)

Después de pasar muchos años a su lado, digo: Maquieira no murió. El amor está fuera del tiempo. No tiene ni pasado ni futuro. Es permanente presente. Maquieira está siempre presente entre nosotros. El no murió, vive en nosotros. Nuestro accionar fue su accionar. Darse del todo sin esperar retorno. El amor es fuego que todo invade, que todo abraza y para siempre.

UN TESTIMONIO SOBRE LA ACTUACIÓN SOCIETARIA

Prof. Consulto Dr. Ulises De Santis
(Cátedra de Cirugía Estética)

La personalidad y la trayectoria del Dr. Maquieira fueron comentadas en la nota firmada más arriba por todo el cuerpo docente del Curso Superior de la SACPER, del que tengo el honor de formar parte.

Pero creo oportuno –en este momento– agregar unas líneas para relatar la acertada intervención que le cupo al querido amigo, hoy desaparecido, en la reorganización de nuestra Sociedad, que tuvo su desarrollo entre los años 1976 y 1978.

La historia fue así. En 1976, en la Asamblea del 6° Congreso Argentino de Cirugía Plástica, realizado en la ciudad de Paraná, se aprobó una moción –solicitada por los colegas del interior del país– que solicitaba a las autoridades de nuestra Sociedad una serie de modificaciones estatutarias. Esa misión



Figura 1. Dr. Néstor Maqueira en el centro de la foto. A su derecha los Dres. Ulises De Santis y Ricardo Losardo. A su izquierda los Dres. Víctor Nacif Cabrera y Andrés Dimópulos.

recayó en la Comisión Directiva del año siguiente, presidida por el Dr. Maqueira y en la que tuve el honor de ocupar la Vicepresidencia.

A lo largo de ese año, 1977, se estudió exhaustivamente el tema. Hubo una serie de conversaciones, cambio de opiniones y propuestas con los colegas que solicitaban aquellas modificaciones. Pero la decisión final se tomó en el transcurso del Congreso Argentino y de las Jornadas de Cirugía Plástica del interior, que ese año se realizaron en forma conjunta. La sede: el Hotel Hermitage de Mar del Plata; y la fecha: a fines de 1977.

Así, en uno de los salones de dicho hotel se llevó a cabo una importante y decisiva reunión informal con el fin de encontrar una solución. Estaba integrada, por un lado, por la Comisión Directiva, presidida por el Dr. Maqueira; y por el otro, por los colegas del interior, liderados por el Maestro Dr. Alberto Albertengo. Como resultado, quedaron allí establecidas esas anheladas modificaciones al Estatuto Societario.

Era 1978 y me tocó presidir la Comisión Directiva siguiente, junto al Dr. Víctor Nacif Cabrera como Vicepresidente. Fue nuestra responsabilidad llevar al papel esas modificaciones estatutarias y presentarlas a la Asamblea, para su aprobación. Luego de una segunda Asamblea, quedó finalmente aprobado el nuevo Estatuto.

Al mismo tiempo, como parte del arreglo, debimos crear la Sociedad de Cirugía Plástica de Buenos Aires. La Asamblea, convocada a tal efecto, aprobó esa creación por unanimidad. De esa manera inicia su existencia en 1978 la Sociedad de Buenos Aires, finalizando así un conflicto de orden nacional en nuestra especialidad.

Pero la verdadera solución a aquel largo conflicto, que desunía a los cirujanos plásticos argentinos, se había logrado en aquel "saloncito" del Hotel Hermitage. La presencia y el liderazgo del Dr. Néstor Maqueira fueron fundamentales. Su simpatía, su calma, su imparcialidad, su acertado criterio y el respeto que imponía fueron decisivos en aquella instancia trascendental de nuestras Sociedades: la actual SACPER y la Sociedad de Buenos Aires.

Con respecto al Curso Superior Trienal que él creó en 1977, hizo que se encaminara con el fin más noble de una sociedad científica: la formación de los nuevos especialistas. Dio orientación a un complejo asunto como es la educación del posgrado. Maqueira demostró ser, también, un líder educativo dentro de nuestra sociedad de cirujanos plásticos.

Mis respetos y admiración por la labor societaria realizada.

RELATO DE UN DISCÍPULO

Prof. Dr. Ricardo Yohena (Cátedra de Miembros y Mano). Néstor Oscar Maqueira: un nombre que encierra una vasta trayectoria. Hoy no sólo hablamos del doctor, profesor o maestro, sino de un hombre que ha dejado un gran legado.

Su formación quirúrgica inicial fue en traumatología y posteriormente en cirugía plástica. Se orientó hacia la reconstrucción de los miembros y combinando ambas experiencias, acuñó el término de *Ortoplastia* para designar esa rama de la cirugía. En el Instituto Nacional de Rehabilitación estuvo con el maestro Dr. Eduardo Zancolli, donde se especializó en la cirugía de miembro superior.

Creó el *Centro de reimplantes de miembros* en el Hospital Fernández, de la ciudad de Buenos Aires, donde intervinieron cirujanos con experiencia en microcirugía. El equipo estuvo dirigido por él y el Dr. Enrique Penner, con el apoyo del Dr. Santiago Fazzini. En este equipo, cubrí la guardia de los días sábados y en varias ocasiones tuve que recurrir a Maqueira para consultarle. En el último reimplante que le ayudé a realizar, empleamos 14 horas. Es así que, dentro de las prolongadas sesiones de quirófano, fui conociendo a un hombre que amaba y disfrutaba la Cirugía Plástica.

Relataba sus peripecias cuando vivía en Caballito, sus dificultades económicas para mantener a su familia y los viajes diarios –desde que se mudó a la ciudad de La Plata– para llegar al Hospital Castex (Eva Perón de San Martín), donde fue jefe del Servicio de Cirugía Plástica.

Allí tuvo como colaboradores a los Dres. Guillermo Di Paola y Héctor Lanza. Fue un excelente centro hospitalario de formación donde se formaron decenas de cirujanos plásticos. En los últimos años de su jefatura, lo acompañó en el Servicio su hijo Néstor, en la actualidad, cirujano plástico del Hospital Fernández.

Dentro de sus aportes quirúrgicos a la especialidad se destacan el injerto de piel total sensibilizado, el colgajo nasal para la reconstrucción del párpado inferior, la distracción con tutores para las fracturas con pérdida de segmentos óseos, la solución de estreptomina para la estimulación de la granulación en las heridas abiertas, etc.

Debido a sus conocimientos y a su dedicación al tratamiento de los pacientes en el Hospital Nacional de Lepra Baldomero Sommer, recibió la condecoración de la Cruz de Caballero de la Soberana Orden Militar y Hospitalaria de San Juan de Jerusalén de Rodas y de Malta.

Maquieira ha sido un pionero en la creación de escuelas de Cirugía Plástica. Primero, la de la Universidad del Salvador (USAL); y luego, la de la SACPER. En esta última, fue además su Presidente (1977-78).

En lo personal, me enseñó la ortoplastia y me estimuló en la docencia, invitándome a participar como docente primero en la Carrera de Cirugía Plástica en la Universidad del Salvador (USAL) y posteriormente en el Curso Superior de Especialización en Cirugía Plástica de la SACPER.

En el ámbito hogareño conocí una familia ejemplar con profundas convicciones religiosas. Dalma, su esposa, fue un gran sostén en su vida profesional. Su vocación por la medicina fue heredada en dos de sus hijos: Marcelo, que se orientó a la traumatología y Néstor, a la cirugía plástica. Néstor Oscar Maquieira como abuelo estaba orgulloso de su plétora de veinte nietos, con quienes se deleitaba los fines de semana.

Agradezco a Dios haber conocido y estado al lado de un hombre con tanto conocimiento científico y también humilde, honesto y generoso. Aprendí mucho de él pero en especial una conducta: ser feliz dando; ya sea, con el conocimiento, la comprensión o con una palabra de aliento.

UN ÚLTIMO COMENTARIO. UN VÍNCULO PERSONAL, ESTRECHO Y DURADERO.

Prof. Dr. Carlos E. Sereday (Cátedra de Quemaduras).

Las vueltas del destino hicieron que tuviera el privilegio de conocer y tratar al doctor Maquieira en distintas oportunidades y etapas de mi vida, dejando siempre una impronta que intentaré transmitir a lo largo de este relato.

Mis *primeros contactos* estuvieron ligados a lo social y así fue cómo en varias ocasiones fui recibido en su casa de Av. Quintana al 200, en la que vivió hasta sus últimos días. Intereses comunes en diversas áreas con el mayor de sus hijos varones y cierta vecindad con mi hogar paterno, me permitieron desde mis años como alumno de la Facultad de Medicina de la UBA, conocer ese hogar marcado por el perdurable amor hacia su mujer, Dalma, a lo largo de más de 50 años y la entrega con enorme cariño hacia sus cinco hijos (tres varones y dos mujeres) y su círculo de amistades. Con un tono afable siempre se mostró interesado por nuestro avance con los estudios, ocasión en que aprovechaba para transmitir su forma de ver y ejercer la medicina, dejando al descubierto sus dos grandes pasiones: los pacientes y la docencia.

Su departamento, de líneas clásicas francesas de las primeras décadas del siglo XX, contaba con un amplio comedor que daba a la calle, en cuya mesa había diapositivas por millares, clasificadas en cajas o piloncitos sujetos por bandas elásticas, testimonio, por otro lado, del incondicional apoyo de Dalma a vocación tan fuerte. Con un entusiasmo contagioso nos mostraba casos y material para conferencias, marcando a la vez un estilo y una conducta de rectitud con fuerte sesgo de entrega por el enfermo y por la cirugía.

Con una vida de rasgos muy definidos en lo atinente a Dios, familia, prójimo y trabajo, sus cinco hijos y veinte nietos son prueba elocuente de haber practicado principios cristianos de familia que también supo inculcar en su seno. El modelo de amor por la profesión se encarnó en dos de sus hijos varones, hoy médicos en especialidades quirúrgicas, dedicados de lleno a la actividad asistencial. No fuimos ajenos a ese paradigma muchos de quienes tuvimos oportunidad de recibir sus enseñanzas en los numerosos cursos que dirigió.

Siempre tuvo como rasgo singular una actitud humilde frente a la enfermedad. De bajo perfil en su accionar profesional y académico, acuñó soluciones quirúrgicas sin estridencias, siempre con un cuidado casi reverencial por los tejidos y por el paciente. Probablemente la explicación la encontremos en los años previos a su condición de médico. Nacido en Carlos Casares y afincado primero en Chivilcoy y luego durante su juventud en la localidad de Henderson (provincia de Buenos Aires), fue la vida rural al lado de su padre la que le forjó esa personalidad tan propia del hombre de nuestra pampa húmeda. Respetuoso por quien lo rodea, reservado, disciplinado por las imposiciones propias del cultivo del suelo, conocedor de las limitaciones del hombre frente al poder de la naturaleza y *aquerenciado* a esta tierra que tanto da. El tercer hijo, varón, dedicado a la actividad agropecuaria, hace honor a esa tradición familiar.

Si bien los contactos se mantuvieron a lo largo de los años, las **tres situaciones** que enumero a continuación, me dejaron profunda huella.

- La **primera**. Acontecido el enfrentamiento bélico por las Islas Malvinas mientras yo cursaba mi primer año de residencia en Cirugía General, le tocó al Dr. Maquieira la penosa tarea de tratar a numerosos soldados del Ejército Argentino con pie de trinchera (en su mayoría) y otras pérdidas de partes blandas, que eran traídos desde el Teatro de Operaciones desde antes que finalizara el conflicto armado. La férrea censura imperante en tiempos de guerra le impidió relatar lo que encontraba con cada visita al Hospital Militar de Campo de Mayo sin poder tampoco compartir su angustia. El grado creciente de ella agravada por el poco reconocimiento a estos hombres y al esfuerzo anímico que su ingrata tarea le insumía, le provocó un daño a su salud del que muy poco se hizo saber.
- En ese ir y venir de hechos y mientras avanzaba en mi formación quirúrgica, se da la **segunda** situación, donde gravitó significativamente la prédica del “papá de mi amigo”, despertando mi interés por la Cirugía Plástica en su faz estrictamente reparadora que hoy sigo ejerciendo.
- El **tercer** hecho, también con trascendencia dentro de mi vida profesional, tiene que ver con el Curso Anual de

Microcirugía que dictaba como Profesor Titular en la Universidad del Salvador y que realicé en 1993. A él y a los dos Adjuntos, los doctores Cristina Rijavec y Ricardo Yohena, les debo haber dado a mi técnica quirúrgica un acabado exquisito. Desde su condición de Caballero de la Orden de Malta organizó un equipo para el reimplante de miembros y otras labores microquirúrgicas con la participación de quienes egresábamos de este Curso.

Con esta reseña de una faceta menos divulgada de su perfil humano, estoy lejos de completar el recuento de una riquísima producción académica y de literatura médica más conocida por todos.

No creo equivocarme al afirmar que el alma de Néstor O. Maquieira descansa en paz con la serenidad que sólo pueden tener los que han dado todo de sí.

NOTICIAS SACPER

Estimado Colega

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

CURSO ANUAL DE ACTUALIZACIÓN EN CIRUGÍA PLÁSTICA 2011

Curso de Actualización en Cirugía Plástica, Estética y Reparadora 2011

Temario

Sección Científica

1) Martes 10 de Mayo (AMA, Buenos Aires)
Contorno Corporal
Coordinador: Dr. Victor Vissiere

Expositores:
Dr. Hugo Livonitz
Dermatoplasma Abdominal
Dr. Agustín de
Liposucción ultrasonica de ultima generación, compacta y principia a tener en cuenta.

2) Martes 14 de Junio (AMA, Buenos Aires)
Cirugía Nasal
Coordinador: Dr. Manuel Vidal

Expositores: Dr. Francisco Orma
Reconstrucción Nasal. Vértice inferior, Vértice superior y Columela.
Dr. Cesar Nicolo
Resección Intraoral

3) Martes 20 de Junio
Capítulo de Cirugía Maxilofacial
Organiza Fíal Neovascular Argentina (NCA)
Organizador: Dr. Mario Mital
Coordinador: Dr. Javier Vera Caschiani

Tema 1 Dr. Roberto Barano-Rizzo
FRACATURAS DE ORBITAS, DIAGNOSTICO, INDICACIONES QUIRURGICAS, PROFESIA DE UN ALGORITMO.
Tema 2 Dr. Carlos Comas
IMPLANTES DE PÓLITILENO DE ALTA DENSIDAD EN CIRUGIA CRANEO FACIAL.
Tema 3 Dr. Mario Mital
MALFORMACIONES CRANEO FACIALES

4) Martes 9 de Agosto
Capítulo de Cirugía Estética
Organiza Fíal Mar del Plata

Expositores:
Eduardo Auliano: rejuvenamiento periorbitario
Gustavo Gilardi: rinoplastia comorbial

5) Martes 23 de Agosto
Capítulo de Cirugía Infantil
Organiza Fíal La Plata

Presentes: Dr. Sergio M. Polichello

Expositores:
Dra. Paulina Isenky: "Distorsión de ATM"
Dr. Juan Carlos Rodríguez: "Estado actual de la distorsión premaxilar"
Dr. Carlos Peroni: "Tumores de cavidad bucal".

6) Martes 13 de Septiembre
Capítulo de Cirugía Moleculares
Organiza Fíal Rosario Argentino (REA)
Coordinador: Dra. Hilda Gattini

Oradores: Dr. Fernaya Jorge, Dr. Días Gerda Jorge Lator
Dr. Vinayago Dabat Eduardo, Babu
Dr. Norte Gustavo: Endoscopia de la nariz y seno medio.
Suspensión del tórax medio.
Dr. Ignacio Gustavo: Columnoplastia y Rejuvenecimiento.

7) Martes 27 de Septiembre
Capítulo de Cirugía Mamaria
Organiza Fíal Rosario y Libertad

Introducción al tema.
Reflexiones actuales sobre cirugía mamaria
Dr. Guillermo Simenzoni
3 minutos
Injertos mamarios
Cortejos y decisiones desde una óptica femenina.
Dra. Sandra Filizari.
10 minutos.
Reducción mamaria
Liposucción, opción viable en casos seleccionados.
Dr. Ernesto Moratti
10 minutos.
Complicaciones en injertos mamarios
Dr. Néstor Real
10 minutos.
Mesa redonda sobre los temas planteados.
Moderada por Dr. Guillermo Simenzoni
10 minutos.
Cena de la Sección del Capítulo de Mamas
Dr. Guillermo Simenzoni
2 minutos.

8) Martes 11 de Octubre (AMA, Buenos Aires)
Cirugía Bariátrica
Coordinador: Dr. Guillermo Flabarty

Expositores: Dr. Alejandro Garbino
Cirugía Bariátrica
Dr. Alejandro Puga
Cirugía bariátrica en obesidad mórbida
Enfoque multidisciplinario

9) Martes 26 de Octubre
Capítulo de Cirugía de Quemados
Organiza Fíal de Tuyú

Presidente: Dr. Enrique Sarmas.
1) El grupo multidisciplinario imprescindible para la atención del paciente quemado agudo
cantidad de cultivos especiales, normativas
2) Avances en el tratamiento del quemado agudo
3) Casos más complejos en la atención del quemado agudo.

10) Martes 8 de Noviembre
Capítulo de Cirugía de Mano y Microcirugía
Organiza Fíal de Córdoba y Cerito

Tema General: Historia y Cirugía de la Mano
Presidente: Dr. Julio Herrera (sea guato)
Coordinador: Dr. Oscar Pellegrini
Oradores:
Dr. Mario Arco con dos temas:
a) Traumatismo de la Mano y
b) Transferecia. Tendones
Dr. Carlos Neri: Tema a Continuar

11) Martes 22 de Noviembre (AMA, Buenos Aires)
Cirugía Otológica
Coordinador: Dr. Abel Chapiro

Expositores:
Dr. Guillermo Galgano
Hísta gástrica y vómito grave
Dr. Marcelo Rucini
Implantes Óticos

ARANCEL
MEMBRO SACPER SIN GASTO
RESIDENTES Y EN FORMACIÓN: \$200
M. FILIAL: \$100
NO MEMBROS: \$1000
Informe e inscripción en Sociedad Argentina de Cirugía Plástica y Facial.

BIOMET
MICROFIXATION

Soluciones Maxilofaciales S.A.
Hoyito Trujillo 6201 C.A.B.A.
Tel: 4981-1478 / 5261 / 6021-5833
E-mail: sales@biomet.com.ar

Intersil

CASA CENTRAL, Emilio Petrucci 2785 - 3000BUDU
TEL: 5051-492-6909.

BUENOS AIRES: Sanchez de Bustamante 1986 P.B y C
(C1425DUN) CABA - TEL/FAX: 2011-4920-2898

MAR DEL PLATA: Av. Libertad 5324
B780HCLQ - TEL/FAX: 50229-472-8196

ROSARIO: Bancero Ins. 92 Pº PISO - (S2003DNE)
TEL/FAX: 23411-4492029

WWW.INTERSILMEDICAL.COM

Av. Donato 500, Buenos Aires
Tel: (5411) 495-0111-4920-2326
www.rossberg.com.ar

ALLERGAN
Medical Aesthetics

Allergan Productos Farmacéuticos
Av. del Libertador 498 piso 2º
Tel: (5411) 6322-6486
Buenos Aires
www.allergan.com

G. E. Lombardozzi s.r.l.

INSTRUMENTAL PARA CIRUGIA - BIPLANTES DE SILICONA
Stock completo de instrumental para cirugía plástica.

Casa Central: Silvio Pugger 1280 Buenos Aires, Rep. Argentina, Tel./Fax (5411) 4921-5387 / 4920-4970
Site web: www.gelombardozzi.com.ar / E-mail: info@gelombardozzi.com.ar



Curso de Actualización en Cirugía Plástica, Estética y Reparadora 2011

**Comienza el 10 de Mayo
y finaliza el 22 de noviembre**

Sociedad Argentina de Cirugía Plástica Estética y Reparadora

Director: Dr. Alberto J. Abulafia
Secretarios: Dr. Carlos Malzoni
Dra. Norma Fernandez

Organiza: SACPER
Presidente: Dra. María Mogliani

10 de mayo al 22 de noviembre

Lugar: Asociación Médica Argentina

Presidenta: Dra. Martha Mogliani

Director: Dr. Carlos J. Abulafia

Secretarios: Dr. Carlos Malzoni, Dra. Norma Fernández

ARANCELES

Miembro SACPER: sin cargo

Miembro Regional: \$450

Residentes y en formación: \$350

No miembro: \$1000

SESIONES CIENTÍFICAS

Martes 10 de mayo

Contorno corporal

Coordinador: Dr. Víctor Vassaro

Disertantes:

- Dr. Hugo Loustau: "Dermolipectomía abdominal".
- Dr. Agustín Alí: "Liposucción ultrasónica de última generación, conceptos y principios a tener en cuenta".

Martes 14 de junio

Cirugía nasal

Coordinador: Dr. Manuel Viñal

Disertantes:

- Dr. Francisco Errea: "Reconstrucción nasal: válvula interna, válvula externa y cobertura".
- Dr. César Nocito: "Rinoplastia traumática"

Martes 28 de junio

Organiza: Regional NOA

Presidente: Dr. Mario Milet

Capítulo Cirugía maxilofacial

Coordinador: Dr. Javier Vera Cucchiari

Disertantes:

- Dr. Roberto Serrano Alcalá: "Fracturas de órbitas, diagnóstico, indicaciones quirúrgicas - Propuesta de un algoritmo".
- Dr. Carlos Corpacci: "Implantes de polietileno de alta densidad en cirugía cráneo-facial".
- Dr. Mario Milet: "Malformaciones cráneo-faciales".

Martes 9 de agosto

Organiza: Regional Mar del Plata

Presidente: Claudio Ghilardi

Cirugía estética

Coordinador: Dr. Esteban Elena

Disertantes:

- Dr. Eduardo Aubone: "Rejuvenecimiento periorbitario".
- Dr. Claudio Ghilardi: "Ritidoplastia cervicofacial".

Martes 23 de agosto

Organiza: Regional La Plata

Presidente: Daniel Mosquera

Capítulo Cirugía infantil

Coordinador: Dr. Sergio Polichela

Disertantes:

- Dra. Paulina Iwanyk: "Disfunción de ATM".
- Dr. Juan Carlos Rodríguez: "Estado actual de la distracción craneofacial".
- Dr. Carlos Perroni: "Tumores de cavidad bucal".

Martes 13 de septiembre

Organiza: Regional NEA

Presidenta: Dra. Iris Hebe Blanco

Cirugía Mininvasiva

Coordinadora: Dra. Hebe Blanco.

Disertantes:

- Dr. Jorge Ferreyra, Dr. Jorge Díaz García: "Láser".
- Dr. Eduardo Velázquez Dabat: "Botox".
- Dr. Gustavo Abrile: "Endoscopia de la frente y tercio medio. Suspensión del tercio medio".
- Dr. Gustavo Grgicevic: "Columeloplastia y rinomodelación."

Martes 27 de Septiembre

Organiza: Regional Rosario y Litoral

Presidente: Dr. Guillermo Iturraspe

Cirugía mamaria

Coordinador: Dr. Guillermo Siemienczuk

Disertantes:

- Dr. Guillermo Siemienczuk: "Reflexiones actuales sobre cirugía mamaria".
- Dra. Sandra Filiciani: "Implantes mamarios. Conceptos y decisiones desde una óptica femenina".
- Dr. Ernesto Moretti: "Reducción mamaria. Lipoaspiración, opción válida en casos seleccionados".
- Dr. Néstor Paul: "Complicaciones en implantes mamarios".

Mesa redonda sobre los temas planteados.

Moderador: Dr. Guillermo Iturraspe.

Cierre de la Sesión del Capítulo Mamas:

Dr. Guillermo Siemienczuk

Martes 11 de octubre

Cirugía Bariátrica

Coordinador: Dr. Guillermo Flaherty

Disertantes:

- Dr. Alejandro Gandsas: "Cirugía bariátrica".
- Dr. Alejandro Paglia: "Cirugía posbariátrica en obesidad mórbida. Enfoque multidisciplinario"

Martes 25 de octubre

Organiza: Regional Cuyo

Presidente: Dr. Enrique Sananes

Capítulo Cirugía de quemados

Coordinador: Dr. Luis Sananes

1. "El grupo multidisciplinario imprescindible para la atención del paciente quemado agudo (unidad de cuidados especiales, normativas)".

2. "Avances en el tratamiento del quemado agudo". Dra. Celina Barrionuevo.
3. "Errores más comunes en la atención del quemado agudo".

Martes 8 de noviembre

Organiza: Regional Córdoba

Presidente: Dr. Omar Pellicioni

Capítulo de Cirugía de Mano y Microcirugía. Tema General: **Historia y Cirugía de la Mano.**

Coordinador: Dr. Omar Pellicioni

Disertantes:

- Dr. Marcelo Arias: "Traumatismo de la mano", "Transferencia tendinosa".
- Dr. Carlos Nani: Tema a confirmar.

Martes 22 de noviembre

Cirugía glútea

Coordinador: Dr. Abel Chajchir

Disertantes:

- Dr. Guillermo Galgano: "Hilos glúteos y relleno graso".
- Dr. Marcelo Robles: "Implantes Glúteos".

VII JORNADAS NACIONALES INTERDISCIPLINARIAS DE FISURA DE LABIO NASO ALVÉOLO PALATINA



16 y 17 de septiembre de 2011
Córdoba

IX JORNADAS TUCUMANAS DE CIRUGÍA PLÁSTICA



23 y 24 de septiembre de 2011
Sol San Javier - Tucumán

Informes e inscripciones

Dr Eduardo Novillo: edunovi@uolsinectis.com.ar

Tel: 0381-4975745

NOTICIAS REGIONALES

SOCIEDAD DE CIRUGÍA PLÁSTICA DE BUENOS AIRES

SESIONES CIENTÍFICAS

Martes 7 de junio - 21.00 hs. - AMA

Presentación de trabajos.

Coordinadores Científicos: Dres. Claudio Angrigiani,
Enrique P. Gagliardi y Omar Ventura.

XVI SIMPOSIO INTERNACIONAL DE CIRUGÍA PLÁSTICA "SIGLO XXI"

28 y 29 de octubre de 2011.

Buenos Aires Sheraton Hotel & Convention Center

Presidente de Honor: Dr. Ulises de Santis

Comité Ejecutivo:

Director: Dr. Abel Chajchir

Coordinador General: Dr. Francisco Famá

Secretario: Dr. Alfredo De Maussión

Tesorero: Dr. Francisco Errea

Coordinador de Sesiones: Dr. Fabián Cortiñas

Informes e inscripción: SCPBA

Santa Fe 1611 3º - Tel. 4816-3757 / 0346

info@scpba.com.ar | www.scpba.com.ar

SOCIEDAD DE CIRUGÍA PLÁSTICA DE LA PLATA

SOCIEDAD DE CIRUGÍA PLÁSTICA DE ROSARIO Y LITORAL

SOCIEDAD DE CIRUGÍA PLÁSTICA DEL NORDESTE (NEA)

SOCIEDAD DE CIRUGÍA PLÁSTICA DEL NOROESTE (NOA)

SOCIEDAD DE CIRUGÍA PLÁSTICA Y RECONSTRUCTIVA DE CÓRDOBA Y CENTRO

CURSO INTERNACIONAL QUIRÚRGICO DE CIRUGÍA PLÁSTICA 2011



26 y 27 de agosto de 2011

Salón Auditorio de la Fundación OSDE, Córdoba,
Rep. Argentina

Invitados extranjeros

Dr. José Tariki (Brasil), Dr. Fernando Serra (Brasil)

Auspiciado por: G.E. Lombardozzi

Invitados nacionales

Dra. Sandra Filiciani (Rosario), Dr. Jorge Herrera (Buenos Aires)

www.cirurgiasticba.com.ar

Secretaría General

MCI Córdoba Office

Tel: +54 351 424 3546

cordoba@mci-group.com.ar

REGLAMENTO DE PUBLICACIONES

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

CONSIDERACIONES GENERALES

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

1. Preparación de manuscritos

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

2. Página inicial

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

3. Resumen del trabajo

Aparecerá en la segunda página. Se podrá estructurar en secciones y contendrá entre 100 y 200 palabras. En el re-

sumen no deben aparecer siglas, abreviaturas ni referencias bibliográficas. Al final del Resumen se incluirán no más de tres "palabras clave" utilizando la lista del Medical Subject Headings del *índex Medicus*.

4. Cuerpo del trabajo

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

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

5. Bibliografía

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

- Artículos de revistas: Letterman GL, Schurter H. Corrección quirúrgica de la ginecomastia. *Am J Surg* 1969;35:322.
- Libros: Bostwick III. *Plastic and reconstructive breast surgery*. Vol 1. St. Louis: Quality Medical Publishing, Inc.; 1990, pp. 215-227.

- Capítulos de libros: Dellon AL. Radical sensory nerve entrapment. En: Gelberman RH (Editor). Operative nerve repair and reconstruction. Vol. II. Philadelphia: Ed. iB Lippincott Company; 1991, pp. 1039-1051.

6. Ilustraciones

Las fotografías pueden ser remitidas en blanco y negro o en color. Las fotos en color serán publicadas sin ningún costo adicional para el autor. El tamaño aproximado será de 150 x 120 mm, bien contrastadas, enfocadas y no retocadas. Las que correspondan al "antes" y al "después" deben ser tomadas en la misma posición, distancia y luminosidad. Al dorso de la ilustración se adherirá una etiqueta en la que figurará una flecha que indique la posición, el número de ilustración y el nombre del primer autor. En las microfotografías se incluirá una barra de escala. Los dibujos deberán ser realizados por profesionales, preferentemente en tinta china, y se enviará en original.

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

7. Tablas y gráficos

Se incluirán en hojas separadas, una por página.

- A. Tablas:** se presentarán sin sombrear y sin líneas interiores verticales ni horizontales. A su pie se explicarán las abreviaturas empleadas. A continuación se dispondrán el número (**Tabla 1**) y su título. Si se considera necesario se puede añadir un comentario a la tabla tras el título.
- B. Gráficos:** en el gráfico de barras se evitará el empleo de distintos tonos de negro/grises. Preferentemente se utilizarán distintos tipos de tramas. Se indicará siempre el rango de desviación de cada barra (1). A su pie se expli-

carán las abreviaturas y a continuación se dispondrá el número (**Gráfico 1**) y su título. También se podrá incluir un comentario.

Lista de comprobación para los autores

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

FOTOS PARA PUBLICAR EN LA REVISTA

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

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