ISSN: 0327-6945

REVISTA ARGENTINA DE Cirugía Plástica

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

Asociación Médica Argentina

Volumen XVII | Número 2 | Año 2011

SEBBIN PARIS

ESTHETIQUE & RECONSTRUCTION

Recreando cuerpos en armonía para un nuevo renacer

Continuidad:
25 años de trayectoria y experiencia en implantes.

Seguridad:
Controles químicos y biológicos de las materias primas seguido por una inspección microbiológica de cada lote.
Controles ópticos y técnicos en cada etapa del proceso de fabricación.

Trazabilidad:
Cada implante es identificado con un número de serie que permite su seguimiento desde la materia prima hasta la concreción del implante.
Introducimos el nuevo sistema de código de barra GSI-128 para perfeccionarnos cada día más.

Implantes Mamarios redondos

Pueden ser redondos o anatómicos, rellenos de gel de silicona cohesivo, pero de firmeza variable según los gustos, de diferentes proyecciones, fabricados en numerosos volúmenes. Permiten que las mujeres puedan reconstruirse tanto en el aspecto estético como psicológico.

Implantes de Pantorrillas

Se utilizan más bien para la reconstrucción y la cirugía reparadora, aunque pueden servir igualmente en estética para darle forma a una pantorrilla demasiado fina.

Implantes de Gluteos

Este tipo de implante es bien conocido tanto por razones estéticas como reconstructoras. Nuestra empresa recomienda la utilización de nuestros implantes glúteos por parte de cirujanos formados en esta técnica operatoria.

Consulte por la excepcional promoción Aniversario

Conozca nuestros precios especiales ingresando a www.delec-sa.com.ar

Solicite atención personalizada comunicándose al (+54-11) 4775-8544

DeLeC
CIENTÍFICA ARGENTINA S.A.

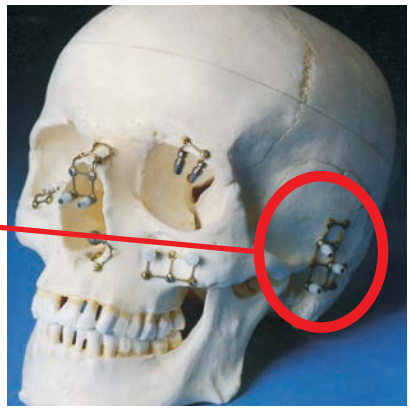
Representante Oficial y Exclusivo de Sebbin Laboratoires en Argentina, Uruguay y Chile
Licenciatarios para América Latina del producto Remake
Araoz 821, Capital Federal - Tel.: 4775-8544 - www.delec-sa.com.ar

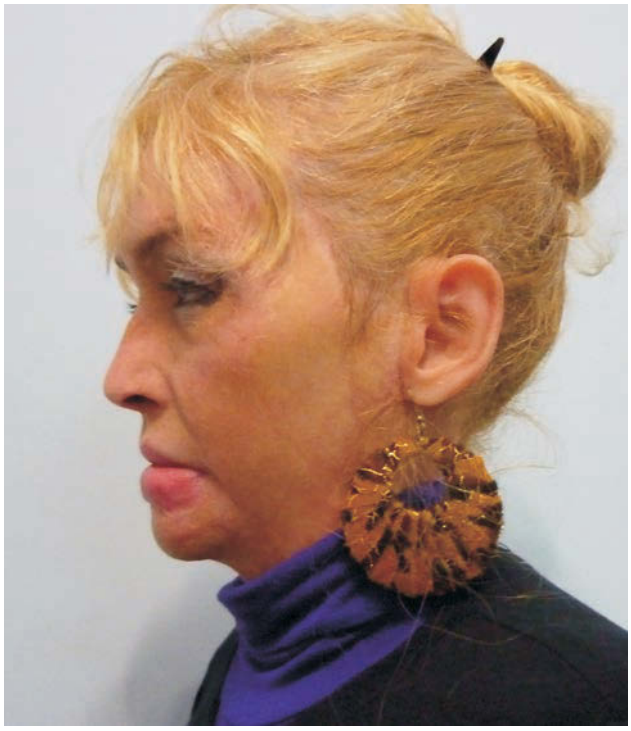
PIRAINO
Miguel Antonio Piraino
Técnico en Ortesis y Prótesis

La mejor opción...

Prótesis Facial

PRÓTESIS PIDERM de pabellón auricular bilateral **confeccionada en piel protésica de silicona** con sujeción por medio de implante de Titanio

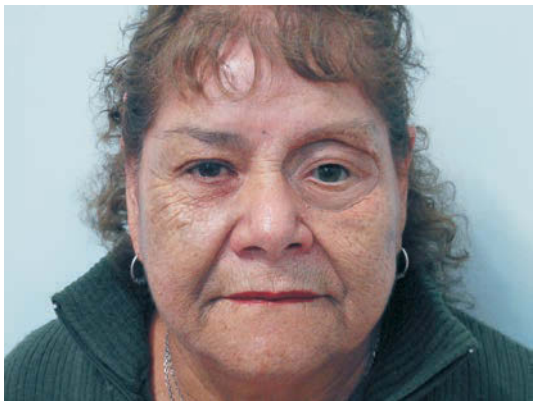




Nuestra técnica personalizada nos permite lograr la **forma, tamaño, textura y coloración** con la mayor similitud a la piel del paciente.

Amputación bilateral por secuela de quemadura

...cuando la Cirugía Plástica Reparadora está contraindicada.



Prótesis Piderm Oculopalpebral

- Pestañas naturales incorporadas a los parpados de la prótesis.
- Prótesis Ocular pintada a mano, de máxima similitud al ojo contra-lateral en relación al tamaño, forma, color del iris, esclera y capilares venosos.
- Sujeción por medio de adhesivo antialérgico.

Exenteración oculopalpebral

Prótesis Piderm nasal adaptada a implantes osteointegrados (implante piramidal de titanio)

Amputación nasal por neoplasia

La Rioja 501 - C1221ACA - Buenos Aires
Tel./fax (54-11) 4931-4407/ 4932-8153
piraino@fibertel.com.ar / **www.ortopedia-piraino.com.ar**

Restylane VITAL
NATURAL BEAUTY MADE IN SWEDEN

UNA NUEVA ERA EN REJUVENECIMIENTO CUTANEO

Restylane VITAL es el nuevo ácido hialurónico que hidrata la piel dandole elasticidad y tono, logrando así la frescura y la vitalidad natural que cada mujer busca; un aspecto jovial y saludable. Hasta las mujeres jovenes podrán notar sus efectos revitalizantes.

Mejora los resultados en el tratamiento facial

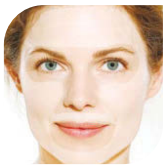
La aparición de **Restylane VITAL** es por si sola muy útil, pero lo es aún mas cuando se combina con el resto de los productos de la linea: Restylane, Restylane PERLANE y Restylane TOUCH.
Combinandolos, obtendrá resultados muy naturales y sus pacientes notaran efectos inmediatos, logrando así un efecto positivo en su practica profesional.

Fácil administración

Restylane VITAL es fácil de manejar e inyectar.Fluye suavemente y se distribuye solo en la piel.
La técnica de inyección recomendada es la micropuntura, inyectando pequeñas cantidades, microdepositos en la dermis media, separados uno del otro por 1 cm. Aprox.

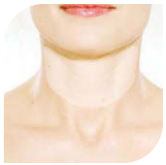
Restylane VITAL esta disponible en jeringas prellenadas de 1 ml.,conteniendo 3 agujas, lo que da la ventaja de trabajar siempre con agujas afiladas, mejorando así la performance.

Restylane VITAL marca el comienzo de una nueva era de tratamientos.



Por primera vez Ud. tiene un producto Restylane tanto para rejuvenecimiento como para aumento facial.
Pueden tratarse áreas como cara, cuello, manos y escote.

Además **Restylane VITAL**, rejuvenece todo tipo de piel.
Es la elección ideal para piel seca. No obstante también sera beneficiosa su elección en pieles grasas; al igual que el resto de la linea Restylane.
Restylane VITAL esta basado en la tecnología NASHA (ácido hialurónico de origen no animal estabilizado), brindando la seguridad, naturalidad y calidad



Venta en: G.E. Lombardozzi S.A.
Silvio Ruggieri 2880 - Capital Federal
Tel/Fax: 4803-9070 / 4801-2620
info@gelombardozzi.com.ar

Comisión Directiva
SACPER Período 2011-2012

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, Comisiones y Comités
Año 2011

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 Siemienczuk
Procedimientos complementarios miniinvasivos 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

Sulfadiazina de Plata
Vitamina A
Lidocaína

Platsul-A®

CREMA DE APLICACION TOPICA LOCAL

de primera elección en todo tipo de quemaduras y heridas

- Heridas quirúrgicas y domésticas
- Escaras por decúbito
- Úlceras vasculares

También en afecciones dermatológicas infectadas o suceptibles de infectarse

www.soubeiranchobet.com.ar

CAMINO AL CENTENARIO DESDE 1912 | SCH soubeiran chobet

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. Luis Odriozola

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 Inchaurraga (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

2) Región La Plata (Ciudad de La Plata)
• **Sociedad de Cirugía Plástica de La Plata**
Calle 50 - Nº374 (e/2 y 3) - (1900) La Plata
Tel: (0221) 422-5111
E-mail: scirplasticalaplata@hotmail.com
Presidente: Dr. Daniel Mosquera

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

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

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

6) Región Nordeste (NEA) (Provincias de Chaco, Corrientes, Formosa y Misiones)
• **Sociedad de Cirugía Plástica del Nordeste**
Av. 3 de Abril 869 (3400) Corrientes
Tel: (03783) 435-122
Presidente: Dra. Iris Hebe Blanco

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

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

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

REGISTRO PROPIEDAD INTELECTUAL
Expediente Nº 687144.
Inscripta en el Boletín de OPS/OMS.
ISSN: 0327-6945

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

La *Revista Argentina de Cirugía Plástica* es una publicación de la Sociedad Argentina de Cirugía Plástica, Estética y Reparadora.
Comité de Redacción: Dra. Martha Mogliani. Av. Santa Fe 3401 17º C.
E-mail: revistaargcirplas@fibertel.com.ar

Producción editorial, comercial y gráfica

Publicaciones Latinoamericanas s.r.l.
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

MEDIC

Más de 35 años a la vanguardia
de la medicina estética

LySonix® 3000

La última generación
en ultrasonido de precisión

Palomar
STARLUX™ SYSTEM

La multiplataforma de láser
y luz pulsada más poderosa.

FotoFinder®

La marca de referencia en dermatoscopía
digital y fotodocumentación estandarizada.

IMPORTADOR Y DISTRIBUIDOR PARA LA REPUBLICA ARGENTINA

Uruguay 775 2° A (C1015ABO) Buenos Aires, Argentina Tel. (54 11) 4372-2253 (L.R.)

info@medicsa.com.ar www.medicsa.com.ar

Sumario

64

Editorial
El motivo

Martha O. Mogliani

65

Reconstrucción de secuela facial grave con colgajo libre. Case report

Eduardo Marchioni, Gabriel Damiano, Diego Bujanda

76

Utilización de inmunomoduladores tópicos en úlceras vasculíticas

Héctor T. Leoni, M. Natalia Duh, Francisco Olivero Vila, Ricardo Yohena

82

El impacto de la cirugía estética sobre el bienestar psicológico: la importancia de la apariencia personal en el funcionamiento psicosocial

Raúl Ángel Nahás, Leonardo Medrano

89

Principios en el manejo de la fractura de mandíbula en niños

Guillermo Franze

94

Noticias SACPER

98

Noticias Regionales

101

Reglamento de Publicaciones

El motivo

Diferentes investigaciones demostraron que la diferencia entre los países pobres y ricos no es la antigüedad como país. Esto demuestra, como países como Egipto, la India, tienen más de 2000 años con un gran esplendor y ahora son pobres.
Por otro lado Canadá, Australia y Nueva Zelandia, que tienen 150 años y hasta hace unos pocos años eran desconocidos, hoy son países desarrollados y ricos.
Se demostró también que los recursos naturales de los países tienen poco que ver en la diferencia entre países pobres y ricos. Japón tiene un pequeño territorio montañoso, no tiene agricultura ni ganadería y es la tercera economía del mundo.
Pensemos en Suiza que no tiene plantaciones de cacao y tiene el mejor chocolate. Es un país que ofrece una imagen segura, de orden, trabajo y es la caja fuerte del mundo.
Los ejecutivos de países ricos, que se relacionan con los países pobres, no encuentran diferencias intelectuales significativas.
La raza, color de piel tampoco son importantes.

Dónde está la diferencia?
La diferencia está en la actitud de las personas modelada con el correr de los años por la educación y cultura.
Al analizar la conducta de las personas que habitan los países desarrollados y ricos se constató que la mayoría de ellos siguen los siguientes principios de vida:

1. *Ética como principio básico.*
2. *Integridad*
3. *Responsabilidad*
4. *Respeto por las leyes*
5. *Respeto por los derechos de los demás ciudadanos*
6. *Amor por el trabajo*
7. *Esfuerzo para economizar e invertir*
8. *Deseo de superación*
9. *Puntualidad*

Gracias al trabajo de muchos, nuestra SACPER, durante estos 60 años que está transitando, mantiene estos principios.

Los pensamientos generan actitudes.
Las actitudes generan hábitos.
Los hábitos generan un estilo de vida.
El estilo de vida es el reflejo del carácter.
El carácter es el reflejo de lo que se piensa.
Nosotros somos lo que pensamos y no lo que pensamos que somos.

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

Reconstrucción de secuela facial grave con colgajo libre.

Case report

Eduardo Marchioni[1], Gabriel Damiano[2], Diego Bujanda[3]
1. Cirujano Plástico. Miembro Titular SCPBA y SACPER. Fellow American College of Surgeons. Cirujano Hospital "Juan Fernández". 2. Cirujano de Cabeza y Cuello. Especialista en Microcirugía. Cirujano del Hospital de Clínicas "José de San Martín". 3. Cirujano Plástico. Miembro Titular SCPBA Y SACPER. Cirujano del Hospital I. Pirovano. CABA, Rep. Argentina.

Correspondencia: Dr. Eduardo E. Marchioni, Av. Santa Fe 2274 7mo. B, CABA, Rep. Argentina | dr.marchioni@gmail.com

Trabajo Presentado en el XL Congreso Argentino de Cirugía Plástica. Buenos Aires, Mayo de 2010.

RESUMEN

El objetivo del presente trabajo es relatar la experiencia que adquirimos con la utilización de un colgajo libre microvascularizado para la reconstrucción de un complejo caso de una pérdida de sustancia importante en la cara causada por un accidente casero con un arma de fuego.
Este colgajo denominado "colgajo anterolateral de muslo" o ATL en su sigla mas conocida, fue descrito en 1984 por Song y col. Y desde ese momento ha tenido una increíble difusión mundial por sus virtudes y ventajas, particularmente en el área de cabeza y cuello.
Presentamos el caso de una reconstrucción de la mejilla derecha por medio de su utilización y la evolución hasta los 6 años de postoperatorio

SUMMARY

At the present paper we describe the experience we obtained with the use of a microvascular free-flap, in a case of an important lack of tissue in one of the cheeks.
This flap, known as "anterolateral thigh flap" or ATL with its accronym, was first described by Song et al. In 1984 and has spread all over the world due to its great advantages and easy to use possibilities.
The case of a young woman who suffered a home accident with a fire arm (a shotgun) resulting in the loss of all the soft tissues of the right cheek is shown, as well as the repair we obtained through the placing of this ATL free flap in the injured area, anastomosed to arteries and veins in the patient's neck. A 6 years post op evolution is given to observe the interesting result achieved.

INTRODUCCIÓN

No es una novedad que la denominada microcirugía ha revolucionado, desde sus inicios y con su posterior difusión mundial, las posibilidades de mejores resultados en reconstrucciones complejas. Al utilizar el amplio espectro de los colgajos libres, se agregan al arsenal del cirujano plástico numerosas oportunidades de reconstrucción, que antes requerían varios tiempos quirúrgicos y nunca terminaban de conformar tanto a los cirujanos como a los pacientes.
Si bien estos colgajos han sido el estándar de oro para las reconstrucciones orales y orofaríngeas, su uso se ha extendido a prácticamente a todo el cuerpo. Su facilidad de transporte y adaptación al sitio donde son colocados los convierte en un excelente método de aporte de tejido en condiciones ideales, ya que aportan su circulación arterio venosa y pueden inclusive en algunos casos llevar hasta la inervación.
El caso que vamos a describir lleva seis años de posoperatorio y desde la condición inicial, que planteó la posibilidad del uso de un colgajo libre hasta el momento actual, tuvo una evolución excelente, para un complejo problema en la región facial. Para mí fue mi primera experiencia en este tipo de intervenciones, y el resultado llamó mi atención. Con posteriores intervenciones con reconstrucciones microquirúrgicas definitivamente me convencí de la gran utilidad de estas cirugías, a pesar de lo engorroso en preparación, prolongado tiempo de intervención y necesidad de por lo menos cuatro integrantes en el equipo.

MATERIAL Y MÉTODOS

La paciente al momento de su consulta en el mes de enero de 2005, proveniente de la provincia de Entre Ríos, había sufrido una herida facial del lado derecho, por un disparo accidental de escopeta, que lesionó todas las partes blandas de la mejilla derecha, lesionó también la articulación temporomandibular (ATM) causando una disminución importante de la apertura bucal y el defecto fue cerrando en parte por segunda intención y en parte por las suturas que le realizaron en su provincia en el momento del accidente, con abundantes cicatrices.
Nosotros la intervenimos en el mes de junio del mismo año, con un doble equipo, en el Hospital I. Pirovano de la ciudad de Buenos Aires. Se le realizó un relleno de la mejilla afectada

Figura 1.

Figura 2.

Figura 3.

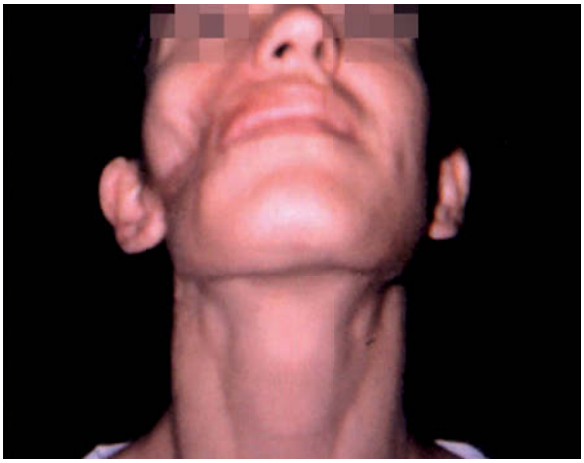


Figura 4.

con un colgajo libre tomado del muslo, denominado colgajo anterolateral de muslo, anastomosando su eje vascular a los vasos del cuello. Se describe en detalle la intervención.

Diagnóstico y elección del método

El aspecto preoperatorio de la paciente se muestra en las **Figuras 1 a 6.** La pérdida de sustancia era muy notoria y sumada a la poca movilidad de la mandíbula daban la impresión de que nos encontrábamos solamente con la cobertura de la mucosa bucal por la piel cicatrizal, sin un mínimo de tejido celular y sin músculos faciales de ese lado.

La primera idea fue hacer rellenos seriados de grasa en la zona, pero era una paciente muy delgada para la obtención importante de material; además, el futuro de la grasa injertada por inyección, sin vasos que la nutran, era malo y con grandes posibilidades de generar complicaciones adicionales, necrosis locales, fístulas, etc.

Pensamos entonces que, ante la evidente carencia de tejido, lo adecuado sería su aporte en las mejores condiciones posibles: un colgajo libre.

Me puse en contacto con el Dr. Gabriel Damiano, quien posee una amplia experiencia en la realización de estas intervenciones, y después de evaluar a la paciente estuvo de acuerdo en llevar a cabo el relleno de la zona con un colgajo tomado del muslo de la paciente con su eje vascular, denominado colgajo anterolateral de muslo o ATL.

Este colgajo, de amplísima difusión y uso en las reconstrucciones, sobre todo en cabeza y cuello, puede prácticamente ser utilizado en cualquier área que lo requiera. Posee un eje vascular proveniente de la arteria circunfleja externa o anterior, rama de la arteria femoral profunda, y es de una anatomía constante y de gran confiabilidad. Al buscar bibliografía al respecto, encontré que tan solo en la revista *Plastic & Reconstructive Surgery Journal*, de Williams & Wilkins, el buscador arroja un resultado superior a las mil citas bibliográficas, lo que da una cabal idea de su difusión mundial.

Los estudios preoperatorios

La paciente trajo a su llegada los exámenes radiográficos y tomográficos realizados que mostraban perdigones restantes entre los tejidos y el compromiso de la ATM. Ésta estaba en manos del odontólogo en su provincia, por lo que nosotros no íbamos a intervenir en ella; nuestra tarea era tratar de devolverle el relleno y las partes blandas al área afectada **(Figuras 7 a 10).**

Figura 5.

Figura 6.

Figura 7.

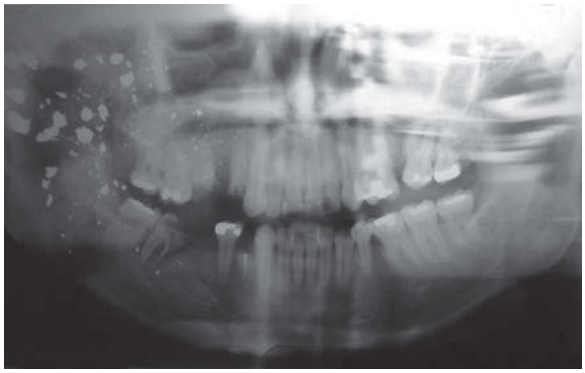


Figura 8.

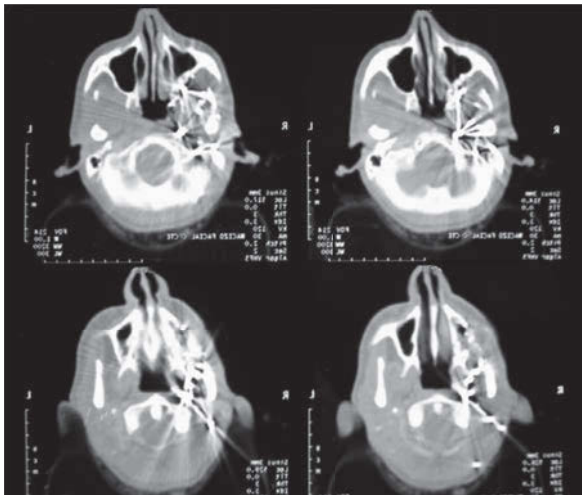


Figura 9.

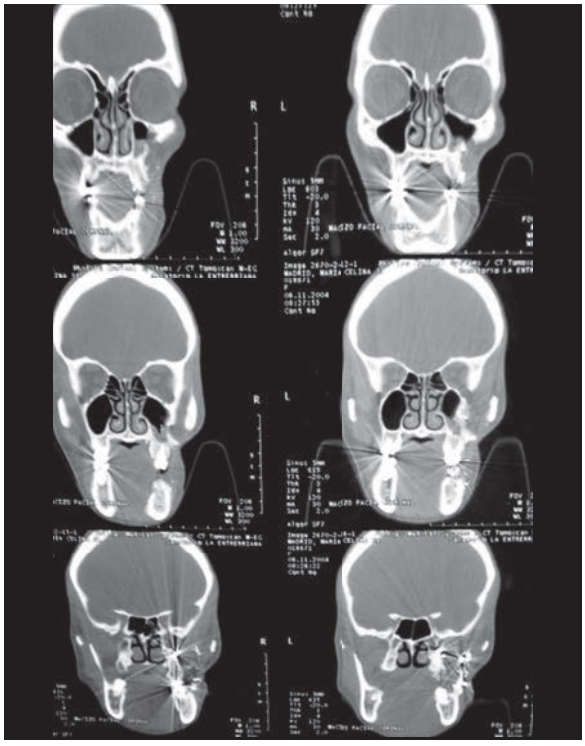


Figura 10.

Figura 11.

Figura 12.

Figura 13.

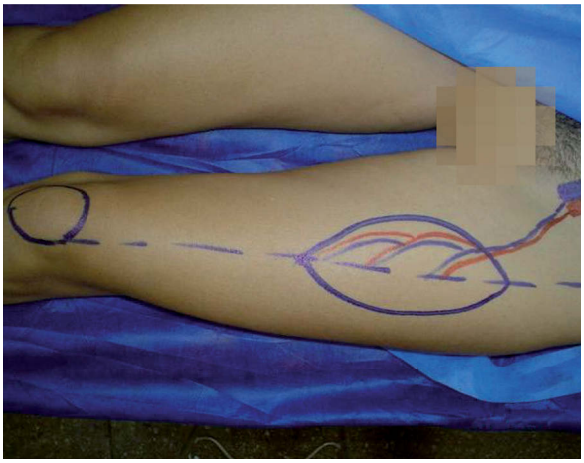


Figura 14.

La preparación

No es sencillo en un hospital municipal tratar de obtener un turno quirúrgico que supera a veces las 6 u 8 horas de quirófano, cuando no son intervenciones habituales. El personal suele exceder su tiempo de tareas y en particular el anestesiólogo es difícil de retener hasta el final de la intervención. Además, era menester contar con el microscopio absolutamente necesario para llevar a cabo las anastomosis vasculares. Todo esto nos llevó aproximadamente 5 meses, solicitando favores a quienes se iban a quedar y llevando nosotros el microscopio por los pasillos, gentilmente cedido por la gente de ORL.

La intervención

Con todos los prolegómenos subsanados, nos encontramos en el día de la intervención. El plan era: dos equipos actuando simultáneamente; mientras uno producía el decolamiento facial donde se iba a alojar el colgajo, los cirujanos plásticos, el otro equipo de cirujanos especializados tallaba y seleccionaba el colgajo anterolateral de muslo **(Figuras 11 a 14).**

El primer inconveniente se presentó al tratar de intubar a la paciente, ya que la apertura bucal, como dijimos, era limitada; y soslayando la sugerencia de suspensión por parte del anestesista, realizamos una traqueotomía para solucionar el tema de la vía aérea.

Cuando el colgajo estuvo tallado y separado **(Figuras 15 a 17),** decidimos que no íbamos a usar la totalidad de la cobertura cutánea para evitar el aspecto de parche (por el color diferente), de modo que dejamos un mínimo para monitorear la evolución de la irrigación después de la anastomosis.

El decolamiento facial fue muy amplio, llegando hasta la comisura labial **(Figuras 18 y 19).**

La anastomosis vascular se realizó de la siguiente manera: la arterial al tronco tiro-linguo-facial y la venosa a la vena yugular externa **(Figura 20).**

Mientras el equipo 2 realizaba la anastomosis vascular, que demandó unos 90 a 120 minutos, el equipo 1 procedió al cierre en tres planos del área donante del muslo, cuya incisión llegaba desde la espina ilíaca anterosuperior (EIAS) prácticamente hasta la rodilla **(Figura 21).**

Finalmente, el colgajo anastomosado a los vasos del cuello fue colocado en el sitio, fijado por un capitón pequeño a la comisura labial, dejando un drenaje en la zona declive y con un área de piel de alrededor de un centímetro cuadrado delante

Figura 15.

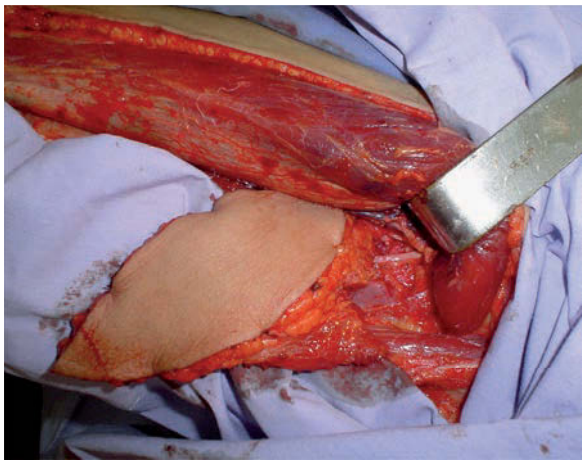


Figura 16.

Figura 17.

Figura 18.

del lóbulo auricular, para control (**Figura 22).** La cobertura cutánea de la cara resistió el amplio decolamiento sin producirse efracciones del epitelio. Una pequeña costra se produjo en una zona de extrema delgadez del tejido.

Pensamos enviar a la paciente a la Unidad de Cuidados Intensivos, pero como coincidió con el momento en que había seis pacientes con respiración asistida y mecánica, temíamos más la posibilidad de infección y la internamos en la sala general de mujeres.

RESULTADOS. EVOLUCIÓN POSOPERATORIA

El edema inicial fue generoso, y la mantuvimos internada por 3 días en el hospital. Las equimosis se correspondían a un lifting unilateral ampliado y se agregaba la disección del colgajo cervical más amplio, que requirió la ocasión para realizar las anastomosis vasculares con comodidad y amplitud. Las **Figuras 23 a 25** muestran el aspecto a la semana de operada.

Regresó a su provincia y nos mantuvimos en contacto telefónico frecuente. Habíamos explicado desde el inicio que se iban a requerir varios tiempos quirúrgicos, pues estaba siempre abierta la posibilidad de retocar cicatrices. La cicatriz facial transversal fue mejorando sola con el correr del tiempo, evidentemente ayudada por la presencia del tejido vivo en su plano subyacente.

Las **Figuras 26 a 30** muestran una evolución temprana. El aspecto de las cicatrices posteriores en el cuello y área mastoidea se aprecia en la **Figura 31.**

La **Figura 32** muestra el aspecto que presentaba la pequeña porción de la piel del colgajo que permanecía cercana al lóbulo de la oreja. La resecamos con anestesia local y retocamos el labio superior (**Figura 33).**

Un posoperatorio más alejado lo observamos en las **Figuras 34 a 36** y posteriormente, uno de los rellenos de grasa suplementarios de los que hicimos 2 en total (**Figuras 37 y 38).**

Finalmente intercalamos una foto de un postoperatorio de 3 años (**Figura 39)** y las fotografías del tiempo más alejado, con el resultado que presenta en la actualidad (**Figuras 40 a 46).**

Es de destacar la evolución de las cicatrices en particular. Tanto las de la cara como las de la región posterior se blanquearon y fueron cada vez menos notorias. En el caso de la cara, lo atribuimos sobre todo al aporte de ese tejido con vascularización que, ahora, participa de las ganancias y pérdidas

Figura 19.

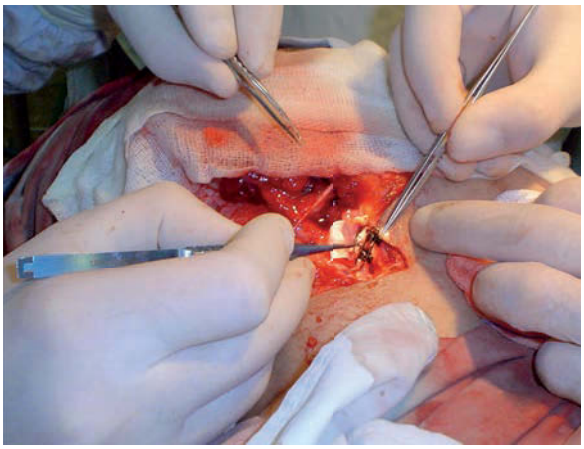


Figura 20.

Figura 21.

Figura 22.

de peso y de contenido graso de la cara de la paciente. La laxitud y consistencia de la mejilla es absolutamente normal, y lo que no pudimos recuperar es, por supuesto el movimiento facial de ese lado. Tiene un pequeño muñón muscular al costado de la boca, que se hace notorio al sonreír **(Figura 42).**

DISCUSIÓN

Hace más de tres décadas que las reconstrucciones con colgajos microvascularizados están en uso, en particular para la reconstrucción de defectos orofaciales y de cabeza y cuello. Su versatilidad y la cada vez mayor difusión los hacen una opción muy confiable para este tipo de cirugías, generalmente mutilantes y con gran compromiso estético.

El colgajo anterolateral de muslo fue descripto por Song y cols., en 1984, como un colgajo septo-cutáneo, si bien su difusión se debe a los trabajos de Koshima y Wei. Numerosas publicaciones muestran su excelencia como relleno y cobertura de partes blandas en distintos lugares del cuerpo.

En el caso que nos ocupa analizamos diferentes abordajes al problema específico de carencia de tejidos blandos en un lado de la cara y rápidamente descartamos las opciones de colgajos locales por la morbilidad y el compromiso estético que significaban.

La opción de rellenos seriados con tejido graso obtenido por succión a baja potencia, fue luego destinada a un segundo tiempo, decidiéndonos por el colgajo libre.

La gran ventaja la podemos resumir en que, el aporte de un tejido propio, con posibilidades de circulación arterial y venosa, y volver a contar con un "acolchado" de la zona tan seriamente dañada por la perdigonada, metabólicamente activo y participando de la pérdida o ganancia de peso de la paciente, constituía el mejor resultado que podíamos dar a un caso de estas características.

El tejido se amoldó y se integró totalmente a la zona donde fue colocado y no solo modeló la mejilla en un aspecto más natural sino que contribuyó además a ir borrando lentamente las cicatrices existentes desde el cierre primario que en la urgencia se le había realizado en su provincia.

Nos resta ponderar una vez más a este colgajo y sus múltiples aplicaciones y alentar a los cirujanos a buscar las posibilidades de lograr su utilización, a pesar de que requiere un prolongado tiempo de intervención y la inestimable ayuda de los cirujanos que realizan las anastomosis vasculares.

Con este accionar en conjunto solo podemos augurar mejores resultados en los compromisos que traen los casos difíciles y complicados.

Figura 23.

Figura 24.

Figura 25.

Figura 26.

Figura 27.

Figura 28.

Figura 29.

Figura 30.

Figura 31.

Figura 32.

Figura 33.

Figura 34.

Figura 35.

Figura 36.

Figura 37.

Figura 38.

Figura 39.

Figura 40.

Figura 41.

Figura 42.

Figura 43.

Figura 44.

Figura 45.

BIBLIOGRAFÍA

1. *Song YG, Chen GZ, Song YL. The free thigh flap: a new free flap concept based on the septocutaneous artery. Br J Plast Surg 1984;37:149.*
2. *Wei FC, Jain V, Celik N, Chen HC, Chuang DC, Lin CH. Have we found an ideal soft-tissue flap? An experience with 672 anterolateral thigh flaps. Plast Reconstr Surg 2002;109(7):2219.*
3. *Kimata Y, Uchiyama K, Ebihara S, Nakatsuka T, Harii K. Anatomic variations and technical problems of the anterolateral thigh flap: a report of 74 cases. Plast Reconstr Surg 1998;102(5):1517.*
4. *Celik N, Wei FC, Lin CH, Cheng MH, Chen HC, Jeng SF, Kuo YR. Technique and strategy in anterolateral thigh perforator flap surgery, based on an analysis of 15 complete and partial failures in 439 cases. Plast Reconstr Surg 2002;109(7):2211.*
5. *Yamada N, Kakibuchi M, Kitayoshi H, Matsuda K, Yano K, Hosokawa K. A new way of elevating the anterolateral thigh flap. Plast Reconstr Surg 2001;108(6):1677.*
6. *Kuo YR, Jeng SF, Kuo MH, Huang MN, Liu YT, Chiang YC, Yeh MC, Wei*

FC. Free anterolateral thigh flap for extremity reconstruction: clinical experience and functional assessment of donor site. Plast Reconstr Surg 2001;107(7):1766.

7. Rodríguez Vegas JM, Trillo Bohajar E, Ruiz Alonso E, Casado Pérez C. Refining The Anterolateral Thigh Free Flap to prevent Orocervical Fistula in Head And Neck Reconstruction. Plast Reconstr Surg 2004;114:174.
8. Shieh SJ, Chiu HY, Yu JC, Pan SC, Tsai ST, Shen CL. Free anterolateral thigh flap for reconstruction of head and neck defects following cancer ablation. Plast Reconstr Surg 2000;105(7):2349.
9. Koshima I. Free Anterolateral Thigh Flap for Reconstruction of Head and Neck Defects following Cancer Ablation. Plast Reconstr Surg 2000;105(7):2358.
10. Nakayama B, Hyodo I, Hasegawa Y, Fujimoto Y, Matsuura H, Yatsuya H, Torii S. Role of the anterolateral thigh flap in head and neck reconstruction: advantages of moderate skin and subcutaneous thickness. J Reconstr Microsurg 2002;18(3):141.
11. Kimata Y, Uchiyama K, Ebihara S, Sakuraba M, Iida H, Nakatsuka T, Harii K. Anterolateral thigh flap donor-site complications and morbidity. Plast Reconstr Surg 2000;106(3):584.
12. Cipriani R, Contedini F, Caliceti U, Cavina C. Three-dimensional reconstruction of the oral cavity using the free anterolateral thigh flap. Plast Reconstr Surg 2002;109(1):53.
13. Wei FC, Suominen S, Cheng MH, Celik N, Lai YL. Anterolateral thigh flap for postmastectomy breast reconstruction. Plast Reconstr Surg 2002;110(1):82.
14. Ross GL, Dunn R, Kirkpatrick J, Koshy CE, Alkureishi LW, Bennett N, Soutar DS, Camilleri IG. To thin or not to thin: the use of the anterolateral thigh flap in the reconstruction of intraoral defects. Br J Plast Surg 2003;56(4):409.
15. Alkureishi LW, Shaw-Dunn J, Ross GL. Effects of thinning the anterolateral thigh flap on the blood supply to the skin. Br J Plast Surg 2003;56(4):401.
16. Zhao Y, Qiao Q, Liu Z, Zhang Q, Shun J, Liu C, Qi K. Alternative method to improve the repair of the donor site of the anterolateral thigh flap. Ann Plast Surg 2002;49(6):593.
17. Rodríguez Vegas, JM, Terán Saavedra, PS, Rivera Vegas, MJ, Trillo Bohajar, E, Casado Pérez, C. Colgajo anterolateral de muslo. Nuestra experiencia con 32 casos
18. Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana - Vol 31 - Nº 2 de 2005. Pag.79
19. Hurwitz K A, Kobayashi M,Evans C R: Current options in head and neck reconstruction.Plast Reconstr Surg 2006 Oct 118 (5) 122-133
20. Safak T, Akyürek M. The descending branch of the superficial circumflex artery supplying anteromedial thigh skin. Plast Reconstr Surg 2004 Oct:114(5), 1118-1122.

VENTA - ALQUILER - SERVICIO TÉCNICO
Equipos nuevos y usados
www.promedequipos.com.ar

Enviamos e instalamos equipos en todo el país

Mesas de anestesia nuevas y usadas

Diseño: www.Numun.com.ar

*Garantía 2 años

Oxicapnografos
Oximetros

Cardiodesfibriladores

Multiparametricos

Electrobisturies

Respiradores

Camas de Cirugía

Mobiliario

Repuestos
Accesorios
Insumos para
Mesas de anestesia, respiradores, etc.
Sensores de SpO_2
y cables de ECG

Servicio técnico de mesas de anestesia en todo el país

Tel. (011) 4603-6284 :: Tel./Fax: (011) 3532-7454 :: Cel. 15-5337-9095 / 15-4917-2447
www.promedequipos.com.ar :: promedservicios@gmail.com

Utilización de inmunomoduladores tópicos en úlceras vasculíticas

Héctor T. Leoni[1], M. Natalia Duh[2], Francisco Olivero Vila[3], Ricardo Yohena[4]

1. Médico Especialista Universitario en Cirugía Plástica, recertificado, Médico de Planta del Instituto de Rehabilitación Psicofísica "IREP" y a cargo de la Clínica de Heridas. 2. Médica Especialista Universitaria en Cirugía Plástica, Médica Asistente de Planta del Instituto de Rehabilitación Psicofísica "IREP". 3. Médico Especialista Universitario en Cirugía Plástica, Médico de Planta del Instituto de Rehabilitación Psicofísica "IREP". 4. Médico Especialista Universitario en Cirugía Plástica, Jefe de Servicio de Cirugía Plástica del Instituto de Rehabilitación Psicofísica "IREP".

Premio Jornadas Interuniversitarias de Ascochinga, Córdoba, Noviembre de 2010, modalidad póster.

RESUMEN

Las úlceras de origen vasculítico son de difícil resolución si su tratamiento no es dirigido a una acción específica. El éxito de los inmunomoduladores sistémicos en patologías determinadas ha incentivado el uso de éstos en forma tópica. Se ha demostrado la efectividad del tacrolimus y del pimecrolimus en el transplante renal, en los stents vasculares y en la dermatitis atópica. En este trabajo se muestran los resultados del tratamiento con aminoglucósidos no proliferativos en forma tópica en 100 pacientes con úlceras de miembros inferiores, con diagnóstico de vasculitis autoinmunes de tipo III (necrótica o leucocitoclásica), durante un periodo de 2 años.

Palabras clave: ulceras vasculíticas, tacrolimus, leucocitoclasia, inmunomodulación.

SUMMARY

The skin ulcers related to vasculitic diseases do not heal if its treatment is not run towards a specific action. The achievement of systemic immunodulators in particular disorders has encouraged their use as topic agents. The effectiveness of tacrolimus and pimecrolimus in kidney transplant, vascular stents and atopic dermatitis has been already demonstrated. In this paper we show the results of the treatment over a period of two years, with non proliferative aminoglycosids used as topic agents in 100 patients with lower limbs ulcers, caused by autoimmune vasculitis type III (leukocytoclastic).

Key words: vasculitic ulcers, tacolimus, leukocytoclassis, immunomodulation.

INTRODUCCIÓN

El tratamiento de las úlceras de origen vasculítico en miembros inferiores es un desafío para el cirujano plástico, debido al comportamiento refractario y recidivante de dichas lesiones ante los diversos métodos utilizados. Con la introducción de productos de nueva generación, como los inmunomoduladores no proliferativos del tipo del tacrolimus y pimecrolimus, proponemos una nueva herramienta específica y útil para la resolución de tan compleja patología.

El tacrolimus en forma oral es una droga de eficacia ya comprobada en cirugía endovascular *(stent)* y en el posoperatorio inmediato al trasplante renal. Ante los diferentes métodos terapéuticos utilizados, se reconoce tradicionalmente su uso en forma tópica para el tratamiento de las lesiones cutáneas del eccema atópico (dermatitis del pañal);[1,2,15] se trata de un trastorno inflamatorio-inmunológico que se asocia con disfunción de la membrana basal de la epidermis y de otros órganos del cuerpo. Siguiendo el lineamiento de su mecanismo de acción como modulador inmunológico, se decidió la aplicación de tacrolimus en otros fenómenos cutáneos asociados a un desorden inmunitario.[2,6]

El propósito de este trabajo es optimizar el manejo y simplificar el tratamiento de las úlceras mayoritariamente vasculíticas. El uso del tacrolimus y del pimecrolimus como inmunomoduladores, persigue disminuir la respuesta inmunológico-inflamatoria vasculítica local, favoreciendo la secuencia biológica del proceso de cicatrización de las úlceras, y acortar los tiempos de cicatrización. Su eficacia fue comprobada en úlceras complejas de otras etiologías.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo multicéntrico en 100 pacientes que se presentaron a nuestra consulta de forma consecutiva, desde noviembre de 2008 hasta noviembre de 2010, con úlceras de origen vasculítico (tipo III) leucocitoclásica o necrotizante cutánea **(Figura 1).** Para arribar al diagnóstico de referencia se siguió un protocolo de atención el cual incluía la toma de muestra para el estudio histopatológico de la lesión y se incluyeron todas aquellas que correspondían a las vasculitis leucocitoclásicas.

Se realizó seguimiento durante 2 años de los pacientes en tratamiento con tacrolimus en forma tópica al 0,03% y 0,1% tópico. Como requisitos básicos para el tratamiento con dro-

Figura 1. Úlceras de origen vasculítico.

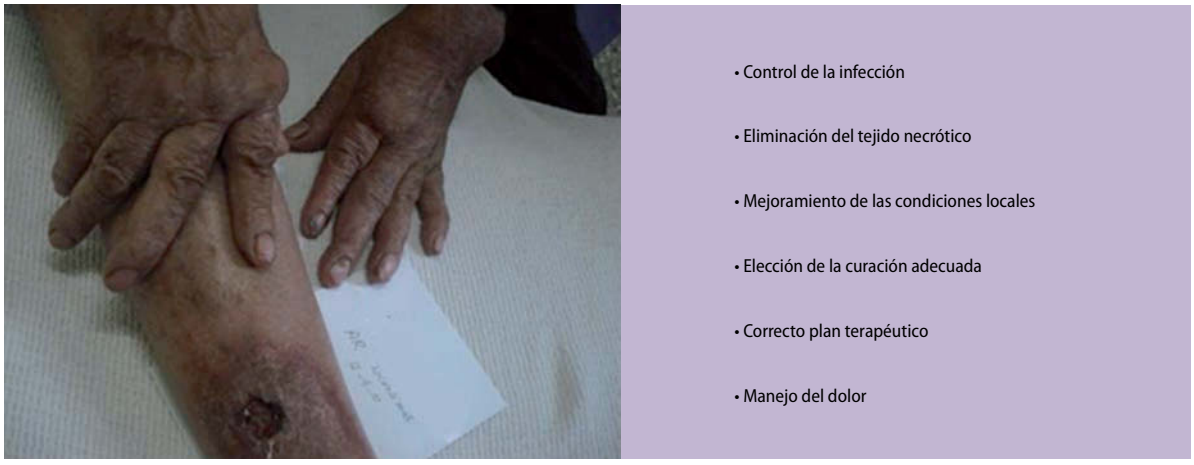


Figura 2. Requisitos básicos para el tratamiento con inmunomoduladores del tipo tacrolimus o pimecrolimus.

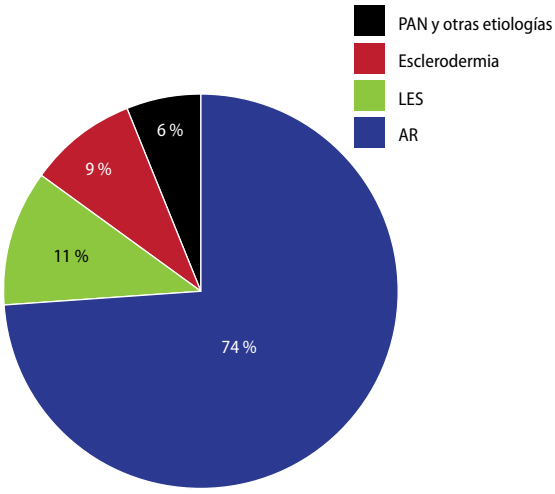


Figura 3. Vasculitis inmunológicas del tipo III (leucocitoclástica o necrosante cutánea).

gas inmunomoduladoras se requirió el control previo de infecciones, la eliminación satisfactoria del tejido necrótico con mejoramiento de las condiciones locales del lecho, la elección de la curación adecuada, un plan terapéutico correcto y manejo satisfactorio del dolor[4,5,10,11,13] **(Figura 2).**

Nuestra conducta adoptada con los pacientes elegidos para el protocolo fue la de realizar, en la curación efectuada cada 2 o 3 días, lavado con agua corriente o solución fisiológica, utilización de tacrolimus ungüento 0,03% y 0,1% en la mayoría de los casos, como coadyuvante de cura húmeda asociada al uso de apósito antiadherente.[10,11]

RESULTADOS

Se analizaron 100 pacientes de edades comprendidas entre 25 y 80 años; la franja etaria con mayor presentación de la patología se ubica entre los 50 y 65 años. La localización más frecuentemente encontrada fue en miembros inferiores, unila-

Figura 4. Caso 1. Úlcera vasculítica por artritis reumatoidea.

Figura 5. Caso 2. Carácter recurrente. Cicatrización en úlceras de pierna izquierda y úlceras nuevas en pierna derecha.

Figura 6. Caso 3. Úlcera por esclerodermia. Tratamiento con tacrolimus.

terales o bilaterales, en un porcentaje próximo al 95% del total de las lesiones. La distribución por sexo fue del 62% para las mujeres y del 38% para los hombres. La distribución porcentual de las vasculitis autoinmunes de tipo III, asociadas a las úlceras tratadas, se grafica en la **Figura 3.** Se observa claramente la prevalencia de la artritis reumatoidea. Se presentan casos clínicos en las **Figuras 4, 5, 6 y 7.**

DISCUSIÓN

Las úlceras vasculíticas son las manifestaciones cutáneas de las vasculitis, producidas por daño tisular isquémico. Las vasculitis son un grupo de enfermedades sistémicas multifocales, en las que se constata inflamación de la pared vascular. El deterioro que se produce por la disminución del flujo sanguíneo conduce inexorablemente a la producción de la típica úlcera vasculítica. Estas úlceras pueden presentarse en cualquier zona, aunque lo hacen casi exclusivamente en miembros inferiores. Las vasculitis responden a diferentes etiologías: *infecciosas,* como las flebitis supuradas; *inmunologicas*, que se tipifican en cuatro subgrupos **(Figura 8)**; *neoplásicas*, e *idiopáticas*.[9,12]

Las vasculitis que responden al tratamiento tópico con inmunomoduladores son las de tipo III, también llamadas leucocitoclásticas o necrosantes, y se producen por la presencia de inmunocomplejos circulantes. Representan más del 29% de las vasculitis de tipo inmunitario y se reconocen diferentes etiologías, como se detalla en la **Figura 9**.[9,12]

Fisiopatológicamente se describe un fenómeno inmunológico de hipersensibilidad que genera aumento de la cantidad de inmunocomplejos circulantes. Éstos se depositan en el tejido conectivo, activan el complemento y éste a los PMN que liberan las enzimas que provocan el daño tisular. La histología muestra Inflamación central de un vaso, edema endotelial, necrosis fibrinoide capilar, e infiltrado PMN con fragmentación de los núcleos, hemorragia y necrosis. Dicho fenómeno de fragmentación nuclear de los PMN se denomina **leucocitoclasia (Figura 10).** La sospecha clínica debe ser confirma-

Figura 7. Caso 4. PAN. Tratamiento con inmunomoduladores y control 6 meses poscierre.

Tipo I	Tipo II	Tipo III Inmunocomplejos	Tipo IV Ditoxicas
• IgE: alergia, urticaria	• ANCA (ac anticitoplasma): Granulomatosis de wegener • Ac anticelulas endoteliales (lesión directa) Enfermedad de Behçet (pequeños vasos) y Enfermedad de takayasu (grandes vasos)	• Vasculitis leucocitoclasica cutanea • PAN • Scholein Henoch	• Arteritis temporal (granulomatosis en la pared vascular por infiltración de linfocitos T)

Figura 8. Clasificación de las vasculitis inmunológicas.

da por pruebas de laboratorio, biopsia de la lesión y su estudio anatomopatológico, y bacteriológico, ya que no todos los pacientes con afecciones inmunitarias tienen úlceras de origen vasculítico.[9, 12]

El tratamiento de este grupo de patologías puede ser sistémico y local. El tratamiento sistémico consiste en inmunosupresión, que se realiza con prednisona, 1 mg/kg/día, en casos leves. En casos refractarios se puede asociar con ciclosporina A, de 2,5 a 4 mg/kg/día, distribuidos en 2 tomas diarias. En pacientes internados y con compromiso renal asociado (ANCA+) se utilizan pulsos endovenosos de metilprednisolona (solumedrol) en dosis de 1 g diario. Otras alternativas son la plasmaféresis, el micofenolato y, como último recurso, el autotransplante de células madre pluripotenciales *(stem cells)*.[5,8,9,13]

El tratamiento local incluye el control de la infección, con toilettes y lavados periódicos, toma de muestras para cultivo, medicación tópica, antibióticos vía oral de ser necesario, instrucción del paciente para la curación en el hogar y seguimiento programado. En la Clínica de Heridas utilizamos mayoritariamente la cura húmeda, cuyo objetivo es el de generar una condición similar a la de un tejido fisiológicamente sano que favorezca la secuencia biológica de los procesos de cicatrización, asociada a la utilización de inmunomodulado-

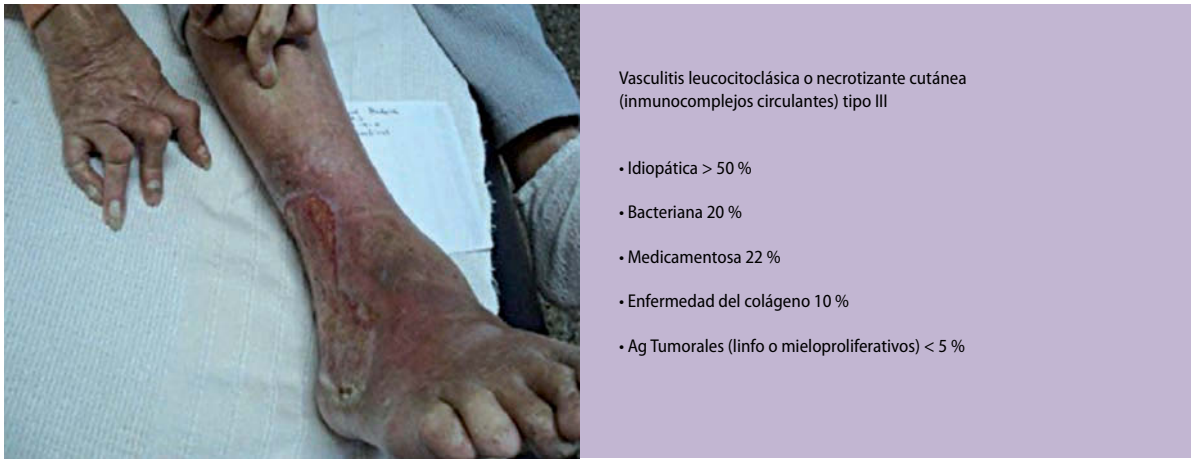


Figura 9. Úlcera de vasculitis leucocitoclástica.

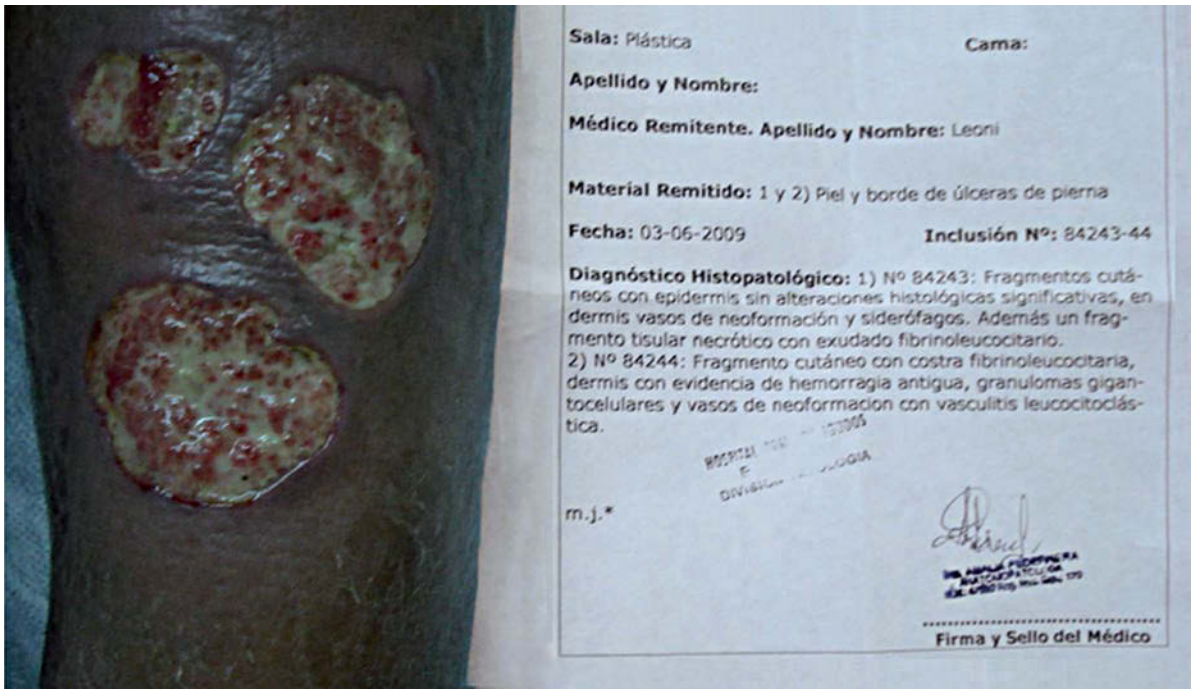


Figura 10. Vasculitis leucocitoclástica.

res. La función de la cura húmeda es la de crear una cámara que previene el desarrollo de gérmenes, permite la absorción del exudado, la liberación de líquidos del fondo de la herida y la combinación física del exudado de la herida con el material de la cura.[10,11,14,16]

UTILIZACIÓN TÓPICA DE INMUNOMODULADORES (**Figura 11**)

El componente activo tracrolimus fue inicialmente desarrollado como un agente inmunosupresor para prevenir el rechazo del órgano trasplantado. Químicamente es un antibiótico aminoglucósido, con acción antiinflamatoria e inmunológica. Deriva del hongo del suelo (*Streptomyces tsukubaensis*), descubierto en Japón en 1984. Desde hace varios años se utiliza como medicación en *stents* por su acción no proliferativa. Su mecanismo de acción consiste en inhibir a la calcineurina impidiendo la síntesis de la IL-2 y otras citokinas que activan a los linfocitos T. Existen preparaciones tópicas con concentraciones de 0,1% y 0,03%. El pimecrolimus es otro agente inmunosupresor de uso tópico que se comercializa en presentaciones de 0,1%, aunque su uso se reserva para pacientes no respondedores o que no toleran tratamientos convencionales. Su empleo ha sido ampliamente probado para el tratamiento de dermatitis atópica.[3,4,7]

La dermatitis atópica es un trastorno que afecta el 15 a 20% de los niños en países desarrollados y el 1 a 3% de los adultos. Se trata de un trastorno inflamatorio inmunológico con manifestaciones sistémicas y cutáneas. En su fisiopatología intervienen varios factores, siendo de nuestro interés la disfunción de las células T. Tanto éstas como los queratinocitos expresan interleukinas que

Figura 11. Curaciones combinadas con tacrolimus.

exacerban la reacción inflamatoria.[1,7] El mecanismo de acción del tacrolimus en la dermatitis atópica no está completamente descripto, si bien se asume que inhibiría a la calcineurina fosfatasa, previniendo la transcripción de las citokinas que activan a las células T, interrumpiendo la cadena de reacciones que perpetúa, por ejemplo, la reacción inflamatoria típica de las úlceras vasculíticas de tipo III y de la dermatitis atópica.[3,4,7]

Los efectos adversos locales relacionados con el tacrolimus y el pimecrolimus son irritación y sensación de ardor de la piel, pero en un grado que no reviste jerarquización. No se registraron efectos adversos tales como el afinamiento o enrojecimiento de la piel perilesional. Uno de los motivos por los que se impulsó el desarrollo de estas drogas como alternativa de tratamiento fue para evitar los efectos adversos relacionados con el uso de corticoides tópicos, como el afinamiento de la piel, consecuencia de la insuficiencia adrenal.[2,3,4,7]

CONCLUSIONES

La utilización de agentes no proliferativos inmunomoduladores tópicos ha demostrado ser efectiva en el tratamiento de las úlceras vasculíticas. Se ha comprobado una buena respuesta y ha demostrado ser un excelente coadyuvante de la cura húmeda. Tanto el tacrolimus como el pimecrolimus producen efectos beneficiosos en la mayoría de los casos, acortando los tiempos de cicatrización con mejoría de la sintomatología de forma inmediata, y son de gran utilidad en úlceras de miembros inferiores de diverso origen.

Sería recomendable profundizar su estudio en el tratamiento de lesiones cutáneas de otras etiologías.

Aclaración. *Los autores no tienen ningún interés financiero en ninguno de los productos ni drogas mencionadas en este artículo.*

BIBLIOGRAFÍA

1. *Ashcroft DM, Dimmock P, Garside R, Stein K, Williams HC. Efficacy and tolerability of topical pimecrolimus and tacrolimus in the treatment of atopic dermatitis: meta-analysis of randomized controlled trials. BMJ,2005. doi:10.1136/bmj.38376.439653.D3.*
2. *Brown S, Reynolds NJ. Atopic and non-atopic eczema. BMJ 2006;332:584-588.*
3. *Conroy S. New products for eczema. Arch Dis Child Educ Pract Ed 2004;89:ep23–ep26. doi: 10.1136/adc.2003.047423.*
4. *Wooltorton E. Eczema drugs tacrolimus (Protopic) and pimecrolimus (Elidel): cancer concerns. CMAJ 2005;172(9):1179-1180. DOI:10.1503/cmaj.050373*
5. *Facts about plasmapheresis. Muscular Dystrophy Association website. April 23; 2007.*
6. *Chassaigne JA, Tapia FJ. Farmacología del agente inmunosupresor FK506 (tacrolimus). Perspectivas en Dermatología. Derm Venez 1997;35:39-43.*
7. *Flohr C, Williams HC. Evidence based management of atopic eczema. Arch Dis Child Educ Pract Ed 2004;89:ep35-ep39.*
8. *Hematopoyetic stem cell support in vasculitis. Northwestern University, Jan.27, 2011.*
9. *Kitahama M. Okamoto H. Koseki Y. Inoue E. Kaneko H. Taniguchi A. Momohara S. Yamanaka H. Efficacy and safety of tacrolimus in 101 consecutive patients with rheumatoid arthritis. Modern Rheumatology 2010;20(5):478-485.*
10. *Leoni H, Artero G, Perafán M, La Torre VJ. Utilización de apósitos antiadherentes en la curación de heridas y zonas dadoras y receptoras de injertos de piel. Revista Argentina de Cirugía Plástica 2007, Vol. XIII, Nº 2.*
11. *Leoni H, Artero G, Salazar M, Evangelista R, La Torre VJ. Protocolo de atención en tratamiento de heridas. Uso de cura húmeda. Revista Argentina de Cirugía Plástica, 2007, Vol. XIII Nº 1.*
12. *Mandelin JM. Eklund KK. Reitamo S.Leg ulcers treated with topical tacrolimus in patients with rheumatoid arthritis. Acta Dermato-Venereologica 2010;90(6):633-4, 2010 Nov.*
13. *Villa-Forte A. European Vasculitis Study Group recommendations for the management of vasculitis.Curr Op Rheumatol 2010;29:49-53*
14. *Vogts PM, Andree C., et al. Dry,moist, and wet skin wound repair. Ann Plast Surg 1995;34:493.*
15. *Wang P, Mao Y, Razo J, Zhou X, Wong ST, Patel S, Elliott E, Shea E, Wu AH, Gaber AO. Using genetic and clinical factors to predict tacrolimus dose in renal transplant recipients. Pharmacogenomics 2010;11(10):1389-1402.*
16. *Winter GD, Scales JT. Effect of air drying and dressings on the surface of a wound. Nature 1963;197:91.*

El impacto de la cirugía estética sobre el bienestar psicológico:

la importancia de la apariencia personal en el funcionamiento psicosocial

Raúl Ángel Nahás[1], Leonardo Medrano[2]
1. Centro Médico de Cirugía y Estética Dr. Raúl Nahás. 2. Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Córdoba.

RESUMEN
La apariencia personal constituye una variable de gran importancia para comprender el funcionamiento psicosocial de las personas. Si bien popularmente se sostiene la idea que es importante conocer "el interior de una persona", también debe reconocerse que muchas personas pueden no llegar a tener la oportunidad de mostrar su interior, si son rechazados por su apariencia personal (Caballo, 2001). En efecto, la apariencia personal constituye un predictor significativo de la frecuencia de citas de una persona, la autoestima y medidas de felicidad general (Caballo y Buela, 1989).
En la actualidad, y gracias al desarrollo de la cirugía estética, pueden modificarse a voluntad casi todos los elementos exteriores de una persona. De esta forma, aspectos de la imagen física afectados por el paso del tiempo pueden ser modificados y repercutir positivamente en aspectos psicosociales de las personas. Tomando esto en consideración, el presente trabajo tuvo por objetivo evaluar si existen diferencias en los niveles de bienestar psicológico en personas que están por realizar algún tratamiento estético y personas que ya lo realizaron. Con este objetivo se llevó a cabo un diseño ex post facto retrospectivo con grupo cuasi control, en el que participaron 86 pacientes (hombres: 5,1%; mujeres: 84,9%) con edades comprendidas entre los 15 y 67 años.
A través de la escala BIEPS (Casullo, 2002) se examinó el bienestar psicológico y posteriormente se evaluó la existencia de diferencias significativas mediante una prueba t de Student para muestras independientes. Los resultados sugieren la ausencia de diferencias estadísticamente significativas entre los grupos ($t=1,2$; $p<0,1$). Debe considerarse que el tamaño desigual de los grupos podría afectar la potencia de la prueba, ya que al estimar el tamaño del efecto de la diferencia mediante la d de Cohen, se aprecian valores moderados ($d=0,48$) a favor del grupo que recibió el tratamiento. Deberían realizarse nuevas investigaciones de corte longitudinal para obtener evidencias más claras respecto al impacto de la cirugía estética sobre el bienestar psicológico.

Palabras clave: bienestar psicológico, apariencia personal, cirugía estética.

SUMMARY
Personal appearance is an important variable for understanding the psychosocial functioning of people. Although there is a popular idea that it is important to get to know what people are like "on the inside", it must also be recognized that many people do not get the opportunity to show what they are like inside if they are rejected due to their personal appearance (Caballo, 2001). Effectively, personal appearance constitutes a significative predictor of the frequency of a person's dates, their self-esteem and general measures of happiness (Caballo y Buela, 1989).
At present, due to cosmetic surgery, nearly all the external elements of a person can be voluntarily modified. In this way, features of physical appearance affected by the passage of time can be modified and thereby have a positive impact on people's psychosocial aspects. Bearing this in mind, the present work's objective was to evaluate whether there are differences in the levels of psychological well-being of people who are about to undergo cosmetic treatment and those who have already undergone treatment. A retrospective ex post facto design with a cuasi control group was performed, in which 86 patients participated (men=15.1%; women=84.9%) with ages ranging between 15 and 67 years.
Psychological well-being was evaluated using the BIEPS scale (Casullo, 2002) and afterwards the existence of significative differences was evaluated using Student's t test for independent samples. The results suggest an absence of statistically significant differences between the groups ($t=1.2$; $p<0.1$). It should be taken into account that the unequal sizes of the groups could affect the potency of the test, as moderate values ($d=0.48$) in favour of the group which received treatment were found when estimating the size of the effect of the difference using Cohen's d. New longitudinal investigations should be carried out to obtain clearer evidence regarding the impact of cosmetic surgery on psychological well-being.

Key words: psychological well-being, personal appearance, cosmetic surgery.

INTRODUCCIÓN

Desde sus inicios, la práctica y la investigación en psicología y psiquiatría se ha centrado en el estudio del desajuste emocional, es decir, desde un modelo focalizado en la disfunción y el abordaje asistencial de problemas y patologías vinculadas a malestares y síntomas clínicos. En este sentido señala Lent (2004) que el abordaje en salud mental se ha desarrollado ig-

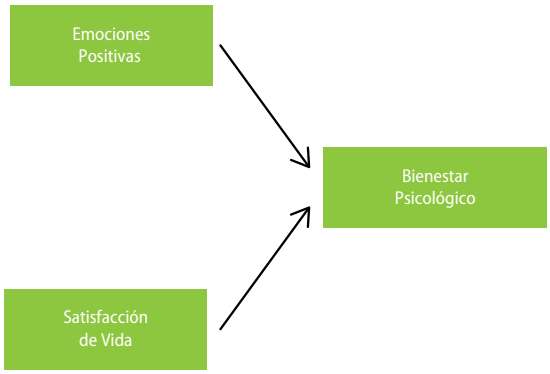


Figura 1. Modelo de salud positiva.

norando el papel de los factores positivos que contribuyen al bienestar psicológico de una persona.

A pesar de los importantes desarrollos y conocimientos alcanzados respecto de los factores psicosociales asociados a un funcionamiento negativo en las personas, poco se conoce respecto de los polos positivos que permiten el desarrollo de nuestras potencialidades. Quizás por ello en la actualidad se observa una tendencia emergente hacia el estudio de una "psicología positiva" más focalizada sobre las fortalezas humanas y el funcionamiento óptimo, que sobre las disfunciones y riesgos psicosociales (Seligman, 2003). Este nuevo modelo centrado en la promoción saludable y el desarrollo de las fortalezas personales se denomina *Modelo de salud positiva* (Carr, 2007) e involucra tres componentes centrales: las emociones positivas, la satisfacción con la vida y el bienestar psicológico **(Figura 1).**

Como puede observarse en la **Figura 1,** el fin último del modelo de salud positiva consiste en alcanzar el bienestar psicológico de las personas. A pesar de que en los últimos años han proliferado los trabajos destinados a medir y predecir el bienestar psicológico (BP), las definiciones conceptuales y los modelos teóricos de BP no son del todo precisos. De hecho, pueden observarse múltiples definiciones sobre BP. Así, Veenhoven (1991) define al BP como el grado en el que un individuo juzga globalmente y en términos favorables su propia vida. En contraposición, algunos autores sostienen que dicha valoración centrada en la discrepancia entre las aspiraciones y los logros alcanzados solo constituye un componente cognitivo del BP, generalmente denominado satisfacción vital (Diener, 1994). El otro componente central del BP es el componente emocional, el cual hace referencia a las experiencias de afecto positivo y negativo que experimenta una persona. En este sentido, Diener (1994) diferencia dos componentes del BP, uno más estable en el tiempo (componente cognitivo) y otro más circunstancial (componente emocional). Debido a la mayor estabilidad de componente cognitivo, las investigaciones se han inclinado generalmente al estudio de este componente, dejando de lado el componente afectivo dado que resulta mucho más lábil y cambiante (Casullo, 2002).

Un modelo alternativo del BP lo conceptualiza como un constructo triárquico (Casullo, 2002). Desde este enfoque, se considera que el BP posee tres componentes: 1) los *estados emocionales* (afectos positivos y negativos), 2) *componentes cognitivos* (generalmente denominado satisfacción vital), vinculado a la percepción que las personas poseen respecto de su propia vida, y 3) las *relaciones sociales o vinculares*, las cuales se encuentran íntimamente ligadas a las *habilidades sociales* que posee una persona.

Para abordar el estudio del Bienestar Psicológico deben considerarse diferentes niveles de integración de los comportamientos humanos. Por ello, la literatura recomienda considerar no solo indicadores individuales (es decir, una perspectiva personal o subjetiva), sino considerar además una perspectiva macroscópica que incluya indicadores económicos, de desigualdad social y el respeto por los derechos de la persona, entre otros indicadores (Casullo, 2002). No obstante, se ha constatado que las variables sociodemográficas no constituyen buenos predictores del BP. Aparentemente, la influencia de las variables sociodemográficas es moderada por una serie de variables cognitivo-afectivas que determinan en conjunto el BP de las personas (Lent, 2004). Es por ello que en las últimas dos décadas, las investigaciones se han volcado sobre todo al estudio de los factores personales y psicológicos que determinan el BP.

Los autores Ryan y Deci (2001) diferencian entre el bienestar subjetivo (BS) y bienestar psicológico (BP) de una persona. Según estos autores, el BS hace referencia a al placer y alegría que experimenta habitualmente una persona (concepción hedonista). Por otra parte, el BP se vincula con una posición humanista en la cual se enfatiza la búsqueda de autorrealización personal a partir del logro de metas y valores personales (concepción eudemónica). Si bien ambas perspectivas parten de concepciones filosóficas conceptualmente diferenciadas, Lent (2004) sugiere que el concepto de BP incluye a ambos tipos de concepciones. Por ello, en el presente trabajo, el BP será concebido como un fenómeno multidimensional que involucra aspectos vinculados con la felicidad (estados emocionales) y aspectos vinculados al significado que la vida tiene para una persona (satisfacción vital).

Quizás el modelo más completo sobre BP sea el propuesto por Ryff y Singer (2007). Según este modelo, el BP puede ser conceptualizado y operacionalizado sobre la base de 6 dimensiones **(Figura 2):** 1) *autoaceptación*, refiere a al conocimiento sobre los atributos positivos y negativos de nosotros mismos. Este conocimiento se construye sobre la base de la auto-evaluación honesta, el conocimiento de los fracasos personales y las propias limitaciones y la aceptación de uno mismo sobre la base de los propios defectos. 2) *Propósito en la vida*, dimensión que considera la capacidad para encontrar significado y dirección a las propias experiencias, así como para

crear y perseguir metas vitales. 3) *Crecimiento personal*, refiere a la capacidad para dar cuenta del propio potencial y saber cómo organizar y desarrollar nuestros recursos; 4) *dominio del medio ambiente*, esta dimensión del BP se conceptualiza como la capacidad para crear y sostener un contexto apropiado para nuestras necesidades personales lo cual requiere un comportamiento proactivo y no la simple adaptación a nuestro contexto inmediato. 5) *Autonomía*, constituye la capacidad para seguir a nuestras convicciones y mantener nuestras propias creencias a pesar de que estas vayan en contra de dogmas o saberes convencionales, y finalmente 6) *relaciones positivas con los demás*, dimensión que involucra el potencial humano y los placeres que otorga el contacto con los demás.

Cabe señalar que, a pesar de las discrepancias observas entre los diferentes modelos sobre BP, pueden identificarse dos puntos de acuerdo entre ellos:

Resulta esencial determinar el BP que experimenta una persona ya que éste constituye un indicador directo del buen funcionamiento mental así como constructo generador de salud (Lent, 2004).

Las relaciones sociales constituyen un factor crucial para el BP, ya sea considerando a las relaciones sociales como una dimensión o bien como una variable diferente que predice el BP.

De esta manera, el comportamiento social constituye una variable de importancia para el BP, dado que éstas permiten relacionarnos con otras personas y establecer vínculos personales, a la vez que facilitan un mayor control sobre el entorno y sobre nuestras propias vidas.

En múltiples investigaciones se ha demostrado la importancia de un buen ajuste interpersonal para el logro de un adecuado bienestar psicológico (Brackett, Rivers, Shiffman, Lerner & Salovey, 2006; Bermúdez, Álvarez & Sánchez, 2003). La importancia de estos comportamientos se ve reflejada en el hecho de que personas con déficit en sus relaciones sociales presenten problemas tales como fracaso académico (Heather & Betz, 2000), trastorno por déficit de atención (Canu & Carlson, 2003) y depresión (Gable & Shean, 2000). Sumado a esto, la literatura es consistente en relación al papel protector de los comportamientos sociales competentes en relación con patologías como ansiedad, distintos tipos de adicción, trastornos sexuales, trastornos de personalidad, delincuencia y agresividad, problemas de pareja y familia, (Caballo, 2001; Viscarro, 1994).

Tal como señala Caballo (2001) la mayor parte de los problemas que aquejan cotidianamente a las personas pueden entenderse en términos de déficits en sus relaciones sociales, lo que otorga especial importancia a este constructo. Inversamente, la existencia de relaciones sociales funcionales pueden promover procesos neurobiológicos implicados en los afectos positivos y favorecer respuestas funcionales de afrontamiento al estrés (Dienstbier & Zillig, 2002; Ryff & Singer, 2002). Asimismo favorecen el logro de apoyo social, el cual funciona como factor protector frente a las adversidades que amenazan el bienestar psicológico de la persona.

Figura 2. Modelo de bienestar psicológico de Ryff y Singer (2007).

Una variable que ha demostrado estar relacionada con los aspectos interpersonales de los individuos es la *apariencia personal*. En efecto, la apariencia ha demostrado ser una importante variable en las interacciones sociales de las personas. Tal como señala Argyle (1978), la apariencia tiene un poderoso efecto sobre las percepciones y reacciones de los otros. Según estudios empíricos desarrollados por este autor las características de la apariencia personal ofrecen impresiones a los demás sobre el atractivo, estatus social, inteligencia, personalidad, estilo, sexualidad y edad. Según reporta Caballo (2001) la investigación ha demostrado que las personas físicamente atractivas son percibidas por los demás con elevados niveles de características positivas, tales como inteligencia y sociabilidad. Más aún, se ha observado que es más probable que la gente preste asistencia a alguien atractivo y que se realicen mayores esfuerzos por ganar la aprobación de una persona atractiva.

Si bien popularmente se sostiene la idea que es importante conocer "el interior de una persona", también debe reconocerse que muchas personas pueden no llegar a tener la oportunidad de mostrar su interior, si son rechazados por su apariencia personal. En este punto radica la importancia social de la variable apariencia personal, dado que constituye el rasgo más visible y fácilmente accesible a los demás. Cuando las personas se conocen por primera vez, su atractivo físico es el rasgo más accesible, es decir, la persona puede ser educada, inteligente, sana o agradable, pero dicha información no se encuentra fácilmente disponible. Por ello el atractivo físico es una variable tan importante en la vida interpersonal, dado que a partir de la apariencia exterior las personas realizan juicios vinculados a aspectos no observables de la persona. De manera general, la literatura señala que las personas atractivas suelen recibir evaluaciones y reacciones positivas por parte de otras personas (Caballo, 2001; Park & Pinkus, 2009).

El atractivo físico constituye un predictor importante de la frecuencia de citas de una persona, así como una variable que ha demostrado mantener relaciones significativas con la autoestima y medidas de felicidad general (Caballo y Buela,

1989). Aparentemente las personas atractivas parecen tener un futuro más afortunado, no obstante estudios recientes señalan que las personas bien parecidas experimentan un mayor malestar psicológico con el paso del tiempo. La hipótesis que explica este fenómeno es que al volverse viejas el atractivo físico ya no genera consecuencias positivas. Otro aspecto a considerar es el de personas que sufrieron algún tipo de accidente o padecen alguna desfiguración congénita. En un investigación reciente realizada por Kish y Lansdown (2006) se observó que la desfiguración facial provoca baja autoestima, mayor estrés, menor número de interacciones sociales, una disminución de las autopercepciones de eficacia y un mayor temor a las situaciones sociales.

Aunque hay rasgos que son innatos, como por ejemplo la forma de la cara, la estructura del cuerpo, el color de los ojos o el pelo, en la actualidad y gracias al desarrollo de la cirugía estética pueden modificarse a voluntad casi todos los elementos exteriores de una persona. De esta forma aspecto de la imagen física afectados por el paso del tiempo, como la desfiguración facial, la pérdida del cabello o el sobrepeso, por ejemplo, constituyen aspectos que pueden ser modificados y repercutir positivamente en aspectos psicosociales de las personas. Tomando esto en consideración el presente trabajo tiene por objetivo evaluar la relación existente entre cirugía estética y bienestar psicológico.

METODOLOGÍA

Participantes

Participaron en el presente estudio un total de 86 pacientes (hombres=15,1%; mujeres = 84,9%) con edades comprendidas entre los 15 y 67 años (media = 40; desviación estándar = 12,75). Los mismos fueron seleccionados por medio de un muestreo no probabilístico accidental (León & Montero, 2003). Este procedimiento consiste en conformar la muestra de participantes con aquellos sujetos a los que se tenga mayores posibilidades de acceso, en este caso pacientes que asistían al "Centro Estético Combina-Nahás". Aunque este tipo de muestreo presenta considerables limitaciones, resulta adecuado en investigaciones de tipo exploratorias donde el objetivo es obtener información para formular (no comprobar) hipótesis de trabajo, que luego puedan ser verificadas con procedimientos más controlados y costosos (Grasso, 2001).

Cabe destacar que el tamaño muestral es adecuado para realizar los análisis estadísticos planificados, considerando los criterios reportados por León y Montero (2003). Por último, debe señalarse que todos los pacientes brindaron su consentimiento informado para participar de forma voluntaria en la investigación.

Instrumentos

Se trabajó con la escala psicométrica desarrollada por Casullo (2002) denominada BIEPS, la cual se encuentra basada en el modelo de BP desarrollado por Ryff y Singer expuesto en la **Figura 2.** Dicha escala permite evaluar el bienestar psicológico en adultos argentinos y consiste en 13 reactivos sobre bienestar psicológico ("Si algo me sale mal puedo aceptarlo, admitirlo", por ejemplo), los cuales deben ser respondidos utilizando una escala de tres posiciones ("Estoy de acuerdo", "Ni de Acuerdo ni en Desacuerdo"; "Estoy en Desacuerdo").

Los estudios psicométricos desarrollados resultaron satisfactorios, en efecto, la escala demostró ser válida y confiable (alfa de Cronbach total de. 70). Los estudios de estructura interna sugieren la medición de 4 dimensiones del BP: proyectos; autonomía; vínculos y control/aceptación. Dicha estructura factorial explica el 53% de la variabilidad de la prueba. No obstante en el presente estudio se optó por trabajar con el puntaje total de la escala ya que los estudios de consistencia interna realizados para cada sub-dimensión del BIEPS presentaron valores poco fiables. Cabe destacar finalmente que este instrumento cuenta con baremos locales y actuales para la población Argentina (Casullo, 2002).

Procedimiento

Se llevó a cabo un diseño *ex post facto* retrospectivo con grupo cuasi control (Montero & León, 2007); este diseño permite estudiar las covariaciones entre la variable bajo estudio (bienestar psicológico) y potenciales variables independientes (tratamiento estético). El diseño consiste en identificar un grupo de personas que posean la misma "característica" (haber recibido un tratamiento estético, por ejemplo) y posteriormente evaluar su relación con otras variables (León & Montero, 2003).

Aunque los diseños *ex post facto* poseen la limitación de no permitir contrastar hipótesis causales, ya que no hay asignación al azar, ni manipulación de las variables, posee la ventaja de permitir realizar inferencias trabajando directamente sobre el campo. Es decir, los análisis de las relaciones entre las variables bajo estudio se observan en su contexto natural lo cual aumenta la validez externa del estudio (Hernández Sampieri et al., 2001). Por otra parte, aunque los diseños *ex post facto* poseen limitaciones en su validez interna, permiten una revisión preliminar de hipótesis de una manera menos costosa que un experimento. Es decir, que aquellas hipótesis de investigación que sobrevivan al escrutinio del diseño, podrán ser verificadas posteriormente por medio de diseños más controlados y por lo general más costosos (Campbell y Stanley, 2001).

Los participantes fueron diferenciados en dos grupos: un *grupo clave* constituido por pacientes que recibieron algún tipo de tratamiento o cirugía estética, y un *grupo cuasi-control* conformado por pacientes que están por recibir algún tipo de tratamiento estético. Adicionalmente se consideraron los siguientes criterios de inclusión:

Personas con edades superiores a los 13 años.

Personas que no presenten trastornos psicopatológicos.

Los requisitos anteriores fueron estipulados con el objeto de lograr un adecuado grupo control que favoreciera el cumplimiento de los objetivos de la investigación y que permitiera descartar la influencia de variables enmascaradas.

RESULTADOS

En primer lugar se realizó un análisis descriptivo de los datos con el fin de conocer la estructura y comportamiento de la variable en estudio. Para ello se estimaron los estadísticos de media, desviación estándar, asimetría y curtosis, para cada ítem y puntaje total de la escala. Los resultados obtenidos se presentan en la **Tabla 1.** Como puede observarse en la tabla, algunos de los reactivos presentan una marcada asimetría (valores superiores a ± 2).

Tabla 1. Estadísticos descriptivos de media, desviación estándar, asimetría y curtosis.

	M	s	Asimetría	Curtosis
Ítem 1	2,89	0,35	-3,40	12,02
Ítem 2	2,66	0,61	-1,61	1,50
Ítem 3	2,85	0,42	-2,85	7,94
Ítem 4	2,63	0,60	-1,37	0,89
Ítem 5	2,67	0,50	-1,05	-0,20
Ítem 6	2,80	0,40	-1,51	0,28
Ítem 7	2,87	0,43	-3,50	11,81
Ítem 8	2,87	0,37	-2,96	8,77
Ítem 9	2,60	0,58	-1,15	0,36
Ítem 10	2,87	0,37	-2,96	8,77
Ítem 11	2,83	0,44	-2,56	6,20
Ítem 12	2,45	0,66	-0,80	-0,44
Ítem 13	2,79	0,46	-2,15	4,07
Total	35,87	2,56	-1,15	0,72

Posteriormente se diferenció la muestra en dos, delimitando un grupo clave (N = 23) y un grupo cuasi-control (N = 63). Para evaluar el supuesto de homocedasticidad de las varianzas de los grupos se calculó el test de Levene. Dado que no se obtuvieron resultados significativos ($p>0,05$), se verificó la homogeneidad de varianza entre los grupos (Gardner, 2003). Se procedió a examinar la existencia de diferencias significativas mediante la prueba *t* para muestras independientes. Sólo se observaron diferencias estadísticamente significativas ($t=14,3$; gl=84; $p<0,05$) para el ítem 11 ("puedo aceptar mis equivocaciones y tratar de mejorar") pero no se observaron diferencias para la escala total ($t=1,2$; gl=84; $p<0,1$) y los restantes reactivos. Cabe destacar que sí se observa una tendencia **(Figura 3)** a favor del grupo que recibió el tratamiento (media=36,4) sobre el grupo que aún no recibió tratamiento (media=35,6). Asimismo, el tamaño del efecto observado resulta moderado (d=0,48) considerando los criterios reportados por Cohen (1988).

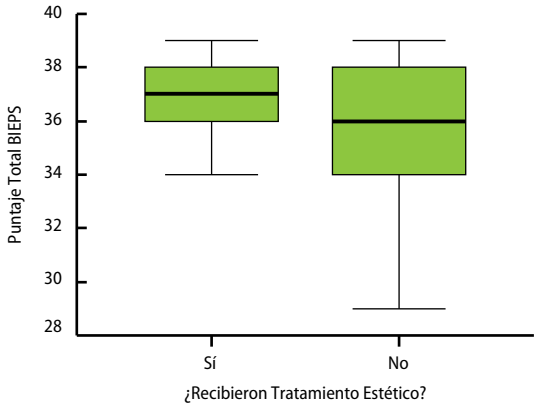


Figura 3. Comparación del bienestar psicológico entre pacientes que recibieron y no recibieron tratamiento estético.

DISCUSIÓN

La apariencia personal constituye una variable de gran importancia para comprender el funcionamiento psicosocial de las personas. Como señalan Park y Pinkus (2009) la apariencia personal constituye un fuerte determinante del comportamiento interpersonal y la experiencia emocional positiva de una persona. De esta manera, las personas atractivas tienden a ser valoradas como más populares, simpáticas y exitosas. La apariencia personal resulta especialmente potente a corto plazo, favoreciendo el desarrollo de nuevas relaciones sociales.

En contrapartida, las personas que esperan ser rechazadas debido a su apariencia personal muestran mayor ansiedad y vulnerabilidad, factores que condicionan su bienestar psicológico y calidad de vida. La disposición a sentirse rechazado en base a la apariencia personal (*Appearance-based Rejection Sensitivity*) ha recibido considerable atención en los últimos años (Park, 2007). Esto se debe a que la creencia de sentirse menos atractivo que el promedio de las personas genera una disminución en la autoestima y valoración de sí mismo, dificultades interpersonales para iniciar relaciones (en especial para la concertación de citas), mayores manifestaciones de ansiedad social y emociones desagradables tales como tristeza, vergüenza, intranquilidad e irritación, entre otras (Caballo, 2001; Kish y Lansdown, 2006; Park y Pinkus, 2009).

En la actualidad, gracias al desarrollo de la cirugía estética pueden modificarse a voluntad casi todos los elementos exteriores de una persona, permitiendo así a las personas que posean una evaluación negativa de la propia apariencia personal la posibilidad de mejorarla. El presente trabajo tuvo por objetivo evaluar el impacto que posee la cirugía estética sobre el bienestar psicológico. Los resultados obtenidos sugieren en términos generales que no existen diferencias en los niveles de bienestar entre personas que han recibido tratamiento estético y personas que no lo han recibido.

Los resultados obtenidos concuerdan con los trabajos desarrollados por Wengle (1986) y Young y cols. (1994), que en términos generales sostienen que las personas que han recibido una cirugía estética han mostrado un aumento en sus niveles de satisfacción pero durante un corto período de tiempo. Es decir que el aumento que se observa un aumento en el bienestar psicológico pero el mismo no es duradero.

Diener y cols. (1995) llevaron a cabo un estudio en el que fotografiaron y filmaron a una serie de estudiantes universitarios y posteriormente un jurado los evaluó en cuanto a su atractivo físico. Con el objeto de realizar una evaluación objetiva cada participante debía ponerse un gorro de ducha blanco y una bata blanca o bien introducir su cabeza por un agujero ovalado de cartón (a los fines de controlar el efecto diferencial que podría provocar la ropa y adornos sobre la apariencia personal). Se observó que las personas con mayores niveles de bienestar no eran necesariamente las que habían sido evaluadas como más atractivas por los jueces. No obstante, cabe destacar que se observó que las personas con mayores niveles de bienestar se consideraban a sí mismas como bastante atractivas. Los resultados obtenidos sugieren que aparentemente las personas con mayores niveles de bienestar tienden a creerse atractivas (aunque objetivamente no lo sean).

En este punto surge un interrogante sobre la direccionalidad de la relación; en efecto no puede afirmarse con seguridad que la sensación de ser atractivo influya sobre el bienestar psicológico, o bien que las personas que poseen alto bienestar psicológico tiendan a valorarse de una manera más optimista y positiva. Más allá de la direccionalidad de la relación, en conjunto los trabajos de investigación realizados sugieren que *la apariencia personal objetiva no constituye un predictor del BP, pero considerarse atractivo sí puede constituir un factor que aumente nuestro BP* (Lyubomirsky, 2008).

En el presente estudio cabe señalar que, si bien no se observó la existencia de una diferencia estadísticamente significativa en los niveles de BP al comparar personas que aún no han realizado un tratamiento estético con personas que ya lo han realizado, sí se observaron diferencias atendibles entre los grupos. A partir de dichos resultados cabe realizar una serie de consideraciones metodológicas y teóricas.

A nivel metodológico, cabe señalar que trabajar con tamaños muestrales desiguales puede afectar la potencia estadística de la prueba al aumentar la probabilidad de cometer un error tipo II, vale decir, no detectar diferencias significativas aun cuando éstas existan (Aron & Aron, 2001). En efecto, las medidas de tamaño del efecto observadas son bastante elevadas considerando los criterios de Cohen (1988).

Por otra parte deben considerarse algunas limitaciones metodológicas que podrían afectar la validez de los resultados obtenidos. En primer lugar, no se discriminó el tipo de tratamiento estético realizado. De hecho, cabe suponer que el impacto que tendrá una cirugía estética sobre el BP variará según el tipo de cirugía y del cambio ocurrido en la apariencia personal. En segundo lugar debería considerarse, más allá del cambio objetivo ocurrido en la apariencia personal, la valoración que la persona realiza respecto a su propia apariencia. En efecto, a partir de los estudios antecedentes puede suponerse que este factor será el que llevará a un aumento en los niveles de BP. Finalmente, un tercer factor no contemplado fue el tiempo transcurrido después de la cirugía. Tal como señala Lyubomirsky (2008) existe un fenómeno no siempre contemplado de *adaptación hedonista*, el cual refiere a la facilidad que poseen las personas para habituarse rápidamente a situaciones de placer (como, por ejemplo, un matrimonio, un cambio de trabajo o un automóvil nuevo). Este fenómeno explicaría en parte por qué las personas que han recibido una cirugía estética muestran un aumento en sus niveles de BP, pero durante un corto período de tiempo (Young y cols., 1994). En función de ello deberían realizarse futuras investigaciones que atiendan a los factores anteriormente descriptos.

En lo referido a los aspectos teóricos de los resultados obtenidos en el presente estudio, cabe señalar que la evidencia preliminar sugeriría que las intervenciones quirúrgicas sobre la apariencia física de las personas generaría un aumento en los niveles de BP, pero sin alcanzar significación estadística: quizás el BP aumente, pero durante un corto período de tiempo. No obstante, se requieren más investigaciones para llegar a conclusiones más solidas. Más aún, deberían desarrollarse estudios tendientes a examinar la siguiente hipótesis: la propia valoración sobre la apariencia personal constituye un predictor significativo del bienestar psicológico. En este sentido debería analizarse también si la cirugía estética constituye una alternativa para aumentar el bienestar psicológico en pacientes que presenten elevados niveles de rechazo a su propia apariencia personal (*Appearance-based Rejection Sensitivity*).

BIBLIOGRAFÍA

1. *Aron, A. & Aron, E. N. (2001). Estadística para Psicología. Argentina: Pearson Education.*
2. *Beidel, D.C. & Turner, S.M. (2007). Shy Children, Phobic Adults. Nature and tratment of Social Anxiety Disorder. USA: American Psychological Association Books.*
3. *Casullo, M.M. (2002). Evaluación del Bienestar Psicológico en Iberoamérica. Argentina: Paidós.*
4. *Diener, E. (1994). Assessing subjective well-being: Progress and opportunities. Social Indicators Research, 31, 103-157*
5. *Lent, R. (2004). Toward a Unifying Theoretical and Practical Perspective on Well-Being ans Psychosocial Adjustment. Journal of Counseling Psychology, 51 (4), 482-509*
6. *Montero, I. & León, O.G. (2007). Guía para nombrar los estudios de investigación en Psicología. International Journal of Clinical and Health Psychology, 7, 847-862*
7. *Ryan, R.M. & Deci, E.L. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. Annual Review of Psychology, 52, 141-166.*

8. *León, O. G. & Montero I. (2003). Métodos de Investigación en Psicología y Educación (3ra edición). España: Mc Graw Hill.*
9. *Ryan, R.M. & Deci, E.L. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. Annual Review of Psychology, 52, 141-166.*
10. *Seligman, M. & Csiksentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. American Psychologist, 55, 5-14.*
11. *Seligman, M. (2003). La auténtica felicidad. Barcelona: Vergara.*
12. *Caballo, V. (2001). Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta. España: Siglo XXI.*
13. *Cohen, J. (1978). Partialed products are interactions; partialed powers are curve components. Psychological Bulletin, 85, 858-866.*
14. *Veenhoven, R. (1991) Is apiñes relative?. Social Indicators Research, 24,1-34.*
15. *Viscarro, C. (1994) Evaluación de las Habilidades Sociales. En Fernández Ballesteros, R. Evaluación Conductual Hoy, 347-384*
16. *Heather, M. S. & Betz, E.N. (2000) Development and Validation of a Scale of Perceived Social Self-Efficacy. Journal of Career Assessment, 8, 283- 331. (On line). Recuperado el 13 de septiembre de 2007 http://jca.sagepub.com/cgi/content/abstract/8/3/283*
17. *Hernández Sampieri, R.; Fernández Collado, C. & Baptista Luci, P. (2001). Metodología de la Investigación. México: McGraw Hill.*
18. *Gable, S. L. & Shean, G. D. (2000). Perceived social competence and depression. Journal of Social and Personal Relationships, 17 (1), 139-150.*
19. *Bermúdez, M. P., Álvarez I. T. & Sánchez A.(2003). Análisis de la relación entre Inteligencia Emocional, Estabilidad Emocional y Bienestar Psicológico. Universitas Psychologica, 2 (1), 27-32*
20. *Brackett, M. A., Rivers, S. E., Shiffman, S., Lerner, N. & Salovey, P. (2006). Relating emotional abilities to social functioning: A comparison of self-report and performance measures of emotional intelligence. Journal of Personality and Social Psychology, 91 (4), 780–79*
21. *Wengle, H. (1986). The psychology of cosmetic surgery: A critical overview of the literature: 1960-1982. Annal of Plastic Surgery, 16, 435-443*
22. *Young, V.L.; Nemecek, J.R. & Nemeck, D.A. (1994). The efficacy of breast augmentation: Breast size increase, patient satisfaction and psychological effect. Plastic and Reconstructive Surgery, 94, 958-969.*
23. *Diener, E.; Wolsic, B. & Fujita, F. (1995) Pshysical attractiveness and subjective well-being. Journal of Personality and Social Psychology, 69, 120-129.*

Principios en el manejo de la fractura de mandíbula en niños

***Guillermo Franze*[1]**
1. Miembro Titular SACPER. Hospital Zonal de Caleta Olivia. Santa Cruz, Rep. Argentina

RESUMEN
Si bien la fractura de mandíbula en niños es una patología relativamente poco común, requiere una base de conocimiento profundo y un enfoque reflexivo. Estos pacientes no sólo presentan una anatomía variable debido a las diferentes etapas de la erupción dental, sino que la lesión del cóndilo puede traducirse a largo plazo en alteraciones del crecimiento. Además, la inmadurez del paciente a menudo complica la cooperación, y tanto las estrategias de fijación y la planificación del posoperatorio debe tener esto en cuenta. El presente artículo se centra en la reparación realizada en un niño de 6 años con fractura subcondílea derecha, de la sínfisis y del cuerpo de la mandíbula.

Palabras clave: fractura de mandíbula en pediatría.

SUMMARY
Although mandibular fracture in children is a relatively rare pathology, it is necessary to have a deep knowledge and a reflexive approach on this medical topic. These patients have not only a variable anatomy, due to the different stages of tooth eruption, but also their condylar lesion can cause growth alterations in the long term. Furthermore, achieving cooperation from these patients is more difficult due to their lack of maturity, which should be taken into account for surgical fixing strategies and post-surgical planning. The present article focuses on surgical repair in six-year-old children presenting with right subcondylar fracture of symphysis and mandibular body.

Key words: mandibular fractures in pediatric patients.

INTRODUCCIÓN

La fractura de mandíbula es una patología relativamente poco común, particularmente en niños más pequeños. Cuando se presenta, se debe a caídas o accidentes de automóvil, y la ubicación más frecuente es a nivel de los cóndilos. En casos severos, el cuerpo y la región sinfisiaria o parasinfisiaria pueden también estar comprometidos.

El manejo de las fracturas de mandíbula en pacientes pediátricos es sustancialmente diferente de la de los pacientes adultos.[1] Esto se debe principalmente a la presencia de múltiples brotes dentarios en todo lo largo de la mandíbula y a la potencial injuria del crecimiento futuro de la ésta. Si bien estas características podrían dificultar el tratamiento, a la vez son las que dan un gran potencial para la modelación restitutiva, en oposición a la remodelación esclerótica que podemos observar en los adultos.[2]

Estos pacientes deben ser evaluados con tomografía computada ya que no colaboran con la radiografía panorámica. Debe descartarse en primer lugar la injuria de los cóndilos, no sólo porque es la zona que con mayor frecuencia se fractura, sino también porque ellos conservan el potencial de crecimiento de cada hemimandíbula.[3] En las fracturas intracapsulares la mayor preocupación es la anquilosis. Cuando se presenta aisladamente y la oclusión es clínicamente aceptable, se deben tratar de manera conservadora, persuadiendo al niño y sus padres a realizar ejercicios de apertura y cierre mandibular (fisiokinesioterapia). En caso de estar presentes, se debe advertir al entorno familiar la posibilidad de potenciales alteraciones en el crecimiento de la mandíbula. Muchas veces el lado fracturado no crece de la misma manera que el no afectado, de lo que resulta una desviación del mentón hacia el lado del cóndilo fracturado.[1,4]

MATERIAL Y MÉTODO

Presentamos el caso de un niño de 6 años con fractura de mandíbula compleja por caída en bicicleta. Al momento del ingreso se evidenció fractura de mandíbula a nivel subcondílea derecha, sinfisiaria y cuerpo izquierdo **(Figura 1A).** A su ingreso los trazos eran muy móviles y la mordida abierta **(Figura 1B).** Dentición temporaria casi en su totalidad (sólo presentaba los incisivos medios inferiores, lo esperable para la edad) y presencia de caries. Se ingresó al paciente con medidas higiénico dietéticas habituales de higiene y dieta licuada para la fractura de mandíbula y dentro de las primeras 48 horas se colocó bajo anestesia general arco peine superior e inferior de la manera que se detallará más adelante.

COLOCACIÓN DE BLOQUEO INTERMAXILAR (BIM)

Con dentición temporaria no se puede realizar la fijación intermaxilar estándar; con dentición mixta, puede resultar más fácil.[3,4]

Si la fractura condílea o subcondílea produce una evidente maloclusión o mordida abierta, como en el caso que presentamos, es preferible un corto tiempo de BIM. Con fracturas severas de cóndilo un BIM de hasta 7 días es aceptable, ya que un bloqueo más prolongado incrementa el riesgo de anquilo-

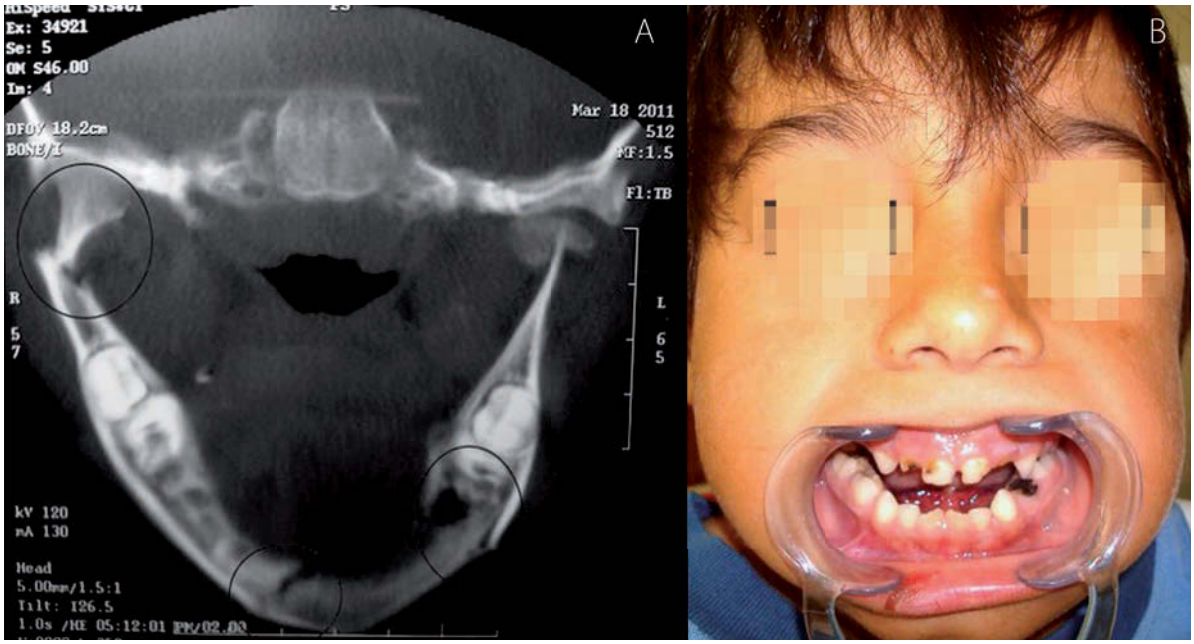


Figura 1. **A.** TC al ingreso: identificación de lesiones: subcondílea derecha, sínfisis y cuerpo izquierdo. **B.** Obsérvese la mordida abierta que presentó al ingreso, movilidad de trazos y piezas en mal estado.

Figura 2. Obsérvese la fijación de arco peine superior e inferior con alambres circuncigomáticos, a espina nasal y circunmandibulares respectivamente (paciente con dentición temporaria).

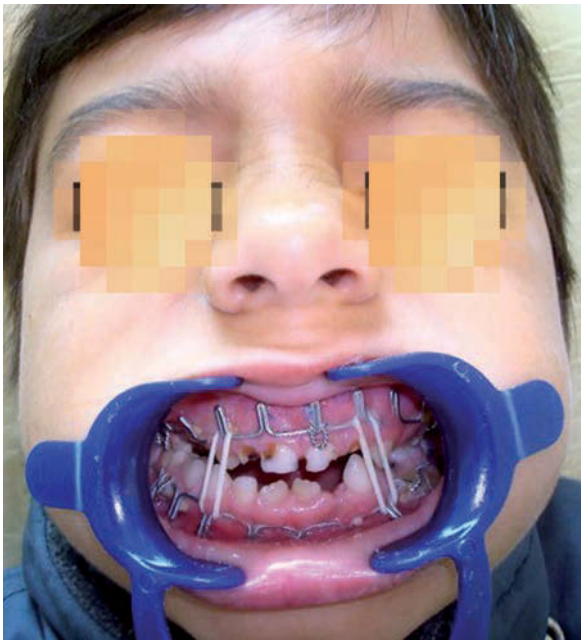


Figura 3. Paciente en BIM a intervalos de 1 semana. Obsérvese la franca mejoría de la oclusión con respecto al ingreso (7 días de iniciado el tratamiento).

sis. En los períodos sin BIM se debe insistir con el ejercicio fisiokinésico mandibular de apertura y cierre.

TÉCNICA QUIRÚRGICA: 3 TIEMPOS

1er tiempo

Se realizó bajo anestesia general la colocación de elementos para bloqueo intermaxilar en un niño con dentición temporaria. Se colocó arco peine superior de la siguiente manera: para proporcionar un punto superior de fijación, por vía vestibular y a nivel de la apófisis piramidal, por punción con lezna y alambre 0.50 que pasaron por cara anterior y posterolateral del cigoma hasta rodear arcada cigomática y luego salir nuevamente por vía vestibular y retorcerlo alrededor del arco peine para proceder a su fijación (fijación circuncigomática). Esto se realizó de ambos lados. A nivel central y superior se

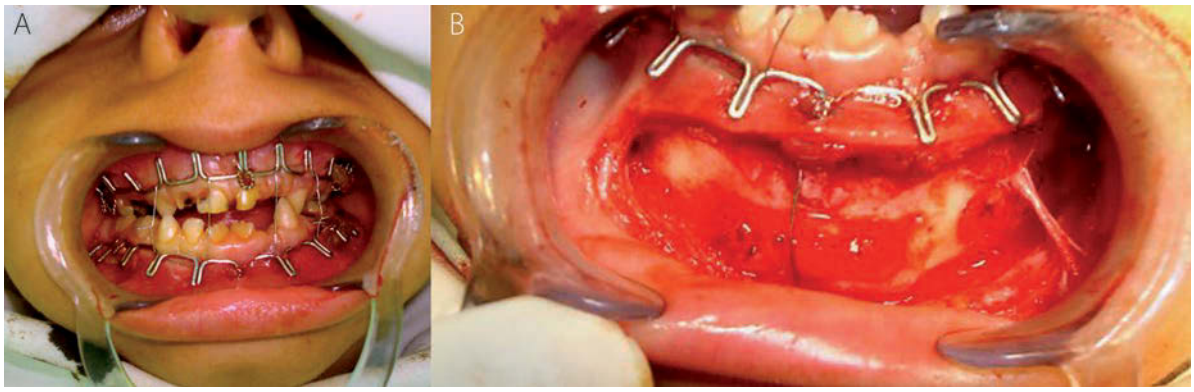


Figura 4. A. Paciente con intubación nasotraqueal y BIM. B. Observese osteosíntesis en región sinfisiaria y cuerpo izquirdo con miniplacas reabsorbibles. Identificación de paquete mentoniano para evitar su lesión. También se observa alambre cricunmandibular a nivel sinfisiario

fijó con alambre 0.50 a través de una pequeña incisión vestibular que alcanzó la espina nasal anterior y a través de un orificio en la misma se pasó el alambre que fija el arco peine. Para el arco peine inferior se utilizaron 3 alambres circunmandibulares: por punción con lezna a nivel de la piel del borde inferior de la mandíbula, a través de la cara lingual se tomó el alambre y luego sin sacarlo se pasó a través de la cara vestibular. Se retorció el alambre y se fijó el arco peine en la región sinfisiaria y a nivel de ambos cuerpos **(Figura 2).** Al día siguiente se colocó al paciente en BIM con bandas elásticas a intervalos de 7 días para evitar la anquilosis.
Una vez que se comenzó con el BIM, se aguardó hasta alcanzar una oclusión correcta, lo que ocurrió a los 10 días aproximadamente **(Figura 3).**

2 do tiempo

Paciente bajo anestesia general. Intubación nasotraqueal para mantener el control de la oclusión **(Figura 4A).** Se infiltró la zona con lidocaína al 0,5% con epinefrina 1:100.000. Se realizó desguantado por vía vestibular y exposición de las fracturas a ser fijadas (sinfisiaria y cuerpo izquierdo). Una vez constatada la correcta reducción de trazos fracturarios y la oclusión, se realizó osteosíntesis con miniplacas reabsorbiles 2,0 mm con tornillos autoperforantes monocorticales, con al menos 2 tornillos a cada lado de la fractura, lo más cerca posible del borde inferior de la mandíbula para evitar los brotes de los dientes definitivos (**Figura 4 B**). Lavado abundante y cierre por planos con vicryl. Se desbloqueó al paciente antes de ser despertado.
En el posoperatorio, el paciente se mantuvo sin BIM. No se retiraron los acropeines en este tiempo en previsión de que más adelante se presentara la necesidad de emplear nuevamente el BIM. En nuestro caso eso no sucedió, ya que se mantuvo una oclusión satisfactoria. Después de la interrupción del BIM, el fomento de la amplia gama de movimiento es un complemento útil en la prevención de la anquilosis en esta población de pacientes.

3 er tiempo

A los 15 días y bajo anestesia general se retiraron los arco peines. Durante la extracción, el gran cuidado se debe tomar para recortar los alambres en o por debajo del nivel de la mucosa antes de sacarlos. Esto disminuye la cantidad de alambre contaminado que atraviesa el tejido submentoniano, un sitio vulnerable a la infección severa.

DISCUSIÓN

La primera pregunta que debe responderse en el tratamiento de cualquier niño con fractura de mandíbula es si debe o no realizarse una intervención quirúrgica.
La decisión de operar a un niño, se debe tomar en base de la edad del paciente y de la severidad de la fractura.
Como se ha dicho, la capacidad del esqueleto facial en desarrollo para remodelar a las proporciones normales en ausencia de tratamiento invasivo se ha observado tanto clínica como experimentalmente.
El tratamiento conservador tiene muchas ventajas, incluyendo una disminución del tiempo de inmovilización, la disminución de la atrofia muscular, una mejor higiene oral, y un menor riesgo de anquilosis.[5] Esto es especialmente cierto en las fracturas del cóndilo y no desplazadas o fracturas en tallo verde del cuerpo y la rama en la que la oclusión es normal. El tratamiento conservador está respaldado por evidencia clínica y experimental, en donde se observó la curación sin complicaciones de diversas fracturas mandibulares, incluidos los cóndilos.[6,7] En nuestra experiencia, el tratamiento conservador de las fracturas del cóndilo intracapsular, las fracturas altas del cuello del cóndilo, y fracturas coronoides se justifica cuando la oclusión es normal.[8,9] Las fracturas del cuerpo y el ángulo puede ser tratado de manera conservadora cuando el desplazamiento es mínimo y el paciente se encuentra sin déficit funcional o maloclusión. Después de una correcta evaluación radiológica y un examen físico de la oclusión, la imposición de una dieta blanda, fisioterapia rigurosa, y el control sintomático del dolor puede ser un adecuado plan de tratamiento para una amplia variedad de fracturas de mandíbula. Sin embargo, como la literatura sobre las fracturas del cóndilo pediátrica atestigua, el efecto de las fracturas en el crecimiento es impredecible, por lo que es esencial el seguimiento a largo plazo.

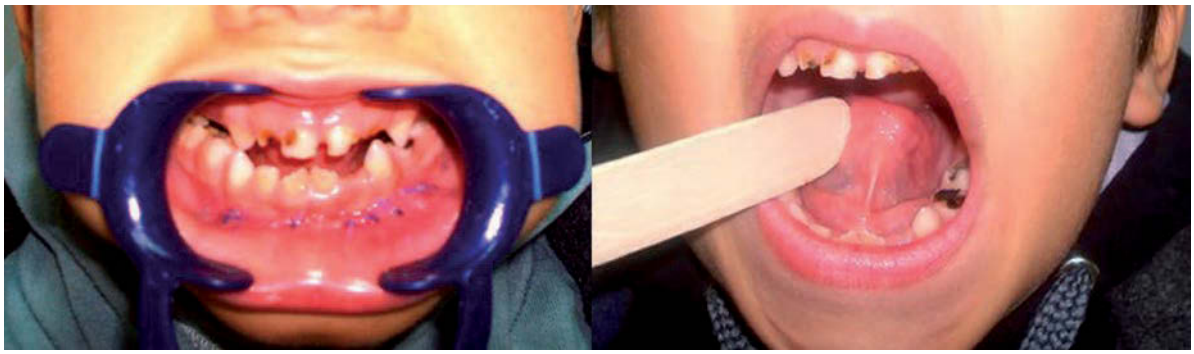


Figura 5A y 5B. Obsérvese la oclusión y apertura bucal lograda a las 3 semanas de terminado el tratamiento.

Figuras 6A y 6B. Control postopoeratorio con TC: Compárese la TC de ingreso con respecto al control postoperatorio al mes de concluido el tratamiento. Compárese la mejoría en la alineación del ingreso con respecto al control postop. del arco mandibular, en donde se realizó la osteosíntesis, y de la fractura subcondílea der. con tratamiento conservador.

Con respecto al tratamiento quirúrgico vasta es la bibliografía en cuanto a alambrado interdentario y férulas acrílicas.[10] Con respecto al primero, no es un método universal ya que para poder utilizarlo supone la presencia de dentición permanente. Como consecuencia de ello, este método no siempre es una opción viable. El uso de férulas oclusales es una técnica versátil que puede utilizarse para una amplia gama de edades. Férulas construidas de este material se pueden hacer en cualquier tamaño, una característica que puede tener un valor especial cuando se necesita la inclusión de los molares. Sin embargo, a pesar de estas ventajas, las férulas tienen también inconvenientes que hacen difícil su uso para algunos profesionales. La creación de férulas a menudo aumenta el tiempo quirúrgico, y no puede ser apropiado en la presencia de fracturas maxilares. Las férulas son a menudo innecesarios en las fracturas complejas en las que se utiliza algún tipo de fijación interna.
Hemos encontrado que la reducción abierta y fijación interna, cuando se usa con prudencia, son indispensables en el tratamiento de subconjuntos específicos de fracturas de mandíbula, incluyendo fracturas desplazadas del cuerpo o ángulo, las fracturas del cuello del cóndilo con importante limitación del movimiento y fracturas complejas.[11,12,13,14,15] La reducción abierta se debe realizar con cautela, con la mínima manipulación de tejidos blandos subyacentes y mínima exposición de tejido óseo. Siempre que sea posible un abordaje intraoral se debe utilizar para minimizar la posibilidad de cicatrices visibles que pueden ser importantes en estos casos.
El uso de placas reabsorbibles también es cada vez más una atractiva opción en el tratamiento, y es la opción que hemos utilizado en el caso que presentamos en este artículo. Recientes estudios experimentales sugieren que la placas reabsorbibles pueden ser utilizadas con eficacia para el tratamiento de la fracturas de mandíbula u osteotomías en el esqueleto craneofacial.[16,17] Los estudios que utilizan una variedad de modelos de placas y tornillos reabsorbibles en animales con fractura de mandíbula, indican que las placas y tornillos reabsorbibles puede ser utilizado con éxito en el tratamiento quirúrgico.[18] Hay poca evidencia para sugerir que la colocación de tornillos reabsorbibles tiene efectos nocivos en la dentición en desarrollo. También hay que recordar que,

debido a la biomecánica de las placas reabsorbibles, la fuerza de éstas últimas no es equivalente al de las placas metálicas. Las Reabsorbibles proporcionan menos estabilidad que las de titanio. En vista de ello, creemos que las placas reabsorbibles probablemente tengan la función de ayudar a mantener la fractura y la reducción en alineación, por lo que debe ser utilizado con otros métodos de estabilización (como arco peines, tablillas, y la fijación intermaxilar). Es por ello que en el caso que presentamos en este artículo hemos dejado el arco peine 15 días más luego de realizar la osteosíntesis.

RESULTADOS

Consideramos que el resultado obtenido en el caso que presentamos es satisfactorio ya que la oclusión y la apertura bucal del paciente volvió a ser la misma a la que presentaba antes del accidente (Figuras 5A y 5B). Observamos en un control tomográfico la correcta alineación del arco mandibular a nivel de la sínfisis y cuerpo izquierdo donde se realizó la osteosíntesis, y la franca mejoría en la alineación de la fractura subcondílea derecha en donde se realizó tratamiento conservador.

CONCLUSIONES

El tratamiento de la mandíbula fracturada pediátrica representa un reto terapéutico para el cirujano. El tratamiento es complicado por la naturaleza dinámica de la mandíbula en desarrollo, la presencia de gérmenes dentarios, y la inestabilidad dental. En la mayoría de los casos de desplazamiento mínimo o fracturas en tallo verde en pacientes pediátricos, el tratamiento conservador, eventualmente acompañada de un breve período de fijación intermaxilar, es apropiado. Cuando el tratamiento quirúrgico está indicado, el alambrado interdental, férulas oclusales y placas y los tornillos monocorticales, son todas las opciones de tratamiento legítimo. Los dos algoritmos de tratamiento que aquí se presenta (conservador vs. quirúrgico), no son absolutos en su aplicabilidad y se debe valorar a cada paciente en particular para aplicar el tratamiento adecuado. Además, la adición de sistemas reabsorbibles al arsenal del cirujano y la creciente literatura que documentan la eficacia de diferentes estrategias de tratamiento, se deben sumar a la flexibilidad en el manejo quirúrgico de estas lesiones complicadas, primordial para lograr el tratamiento exitoso de las mismas.

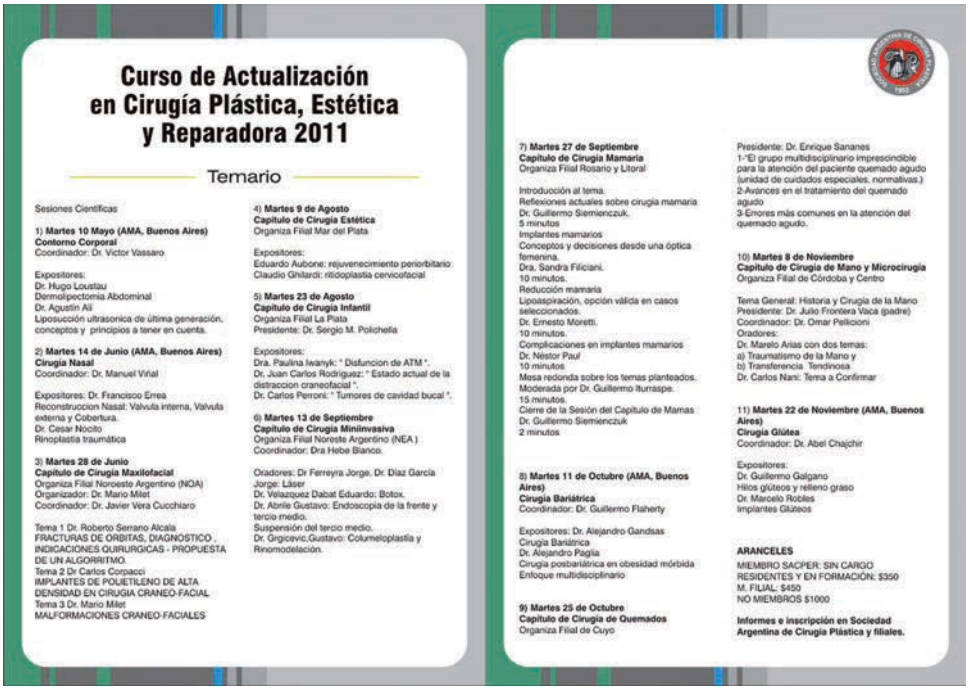
BIBLIOGRAFÍA

1. *Ferreira PC, Amarante JM, Silva PN, et al. Retrospective study of 1251 maxillofacial fractures in children and adolescents. Plast Reconstr Surg. 2005;115:1500.*
2. *Lindahl L, Hollender L. Condylar fractures of the mandible. II. A radiographic study of remodeling processes in the temporomandibular joint. Int J Oral Surg. 1977;6:153.*
3. *Demianczuk AN, Verchere C, Phillips JH. The effect on facial growth of pediatric mandibular fractures. J Craniofac Surg. 1999;10:323.*
4. *Schweinfurth JM, Koltai PJ. Pediatric mandibular fractures. Facial Plast Surg. 1998;14:31. Ellis, E., and Carlson, D. S.*
5. *The effects of mandibular immobilization on the masticatory system: A review. In M. J. Yaremchuk, J. S. Gruss, and P. N. Manson (Eds.), Rigid Fixation of the Craniomaxillofacial Skeleton. Boston: Butterworth-Heinemann, 1992.*
6. *Norholt, S. E., Krishnan, V., Sindet-Pedersen, S., and Jensen, I. Pediatric condylar fractures: A long-term follow-up study of 55 patients. J. Oral Maxillofac. Surg. 51: 1302, 1993.*
7. *Hardt, N., and Gottsauner, A. The treatment of mandibular fractures in children. J. Craniomaxillofac. Surg. 21: 214, 1993.*
8. *Reedy, B. K., and Bartlett, S. P. Pediatric facial fractures. In M. L. Bentz (Ed.), Pediatric Plastic Surgery. Stamford, Conn.: Appleton & Lange, 1998. Pp. 463-486.*
9. *Rapidis, A. D., Papavassiliou, D., Papadimitriou, J., Koundouris, J., and Zachariadis, N. Fractures of the coronoid process of the mandible: An analysis of 52 cases. Int. J. Oral Surg. 14: 126, 1985.*
10. *Nishioka, G. J., Larrabee, W. F., Murakami, C. S., and Renner, G. J. Suspended circummandibular wire fixation for mixed-dentition pediatric mandible fractures. Arch. Otolaryngol. Head Neck Surg. 123: 753, 1997.*
11. *Posnick, J. C., Wells, M., and Pron, G. E. Pediatric facial fractures: Evolving patterns of treatment. J. Oral Maxillofac. Surg. 51: 836; discussion 844, 1993.*
12. *Siegel, M. B., Wetmore, R. F., Potsic, W. P., Handler, S. D., and Tom, L. W. Mandibular fractures in the pediatric patient. Arch. Otolaryngol. Head Neck Surg. 117: 533,1991.*
13. *Norholt, S. E., Krishnan, V., Sindet-Pedersen, S., and Jensen, I. Pediatric condylar fractures: A long-term follow-up study of 55 patients. J. Oral Maxillofac. Surg. 51: 1302, 1993*
14. *Tanaka, N., Uchida, N., and Suzuki, K. Maxillofacial fractures in children. J. Craniomaxillofac. Surg. 21: 289, 1993.*
15. *Koltai, P. J., Rabkin, D., and Hoehn, J. Rigid fixation of facial fractures in children. J. Craniomaxillofac. Trauma 1: 32, 1995.*
16. *Suuronen, R., Pohjonen, T., Vasenius, J., and Vainionpaa, S. Comparison of absorbable self-reinforced multilayer poly-L-lactide and metallic plates for the fixation of mandibular body osteotomies: An experimental study in sheep. J. Oral Maxillofac. Surg. 50: 255, 1992.*
17. *Gerlach, K. L., Krause, H. R., and Eitenmuller, J. Absorbable osteosynthesis materials for immobilization of mandibular fractures: Animal experimental study. Dtsch. Z. Mund Kiefer Gesichtschir. 12: 418, 1988.*
18. *Bos, R. R., Rozema, F. R., Boering, G., Nijenhuis, A. J., Pennings, A. J., and Verwey, A. B. Bio-absorbable plates and screws for internal fixation of mandibular fractures: A study in six dogs. Int. J. Oral Maxillofac. Surg. 18: 365, 1989.*

Noticias SACPER

Estimado Colega
Queremos comunicarle que por disposición Nº 11 del 19 de marzo de 2009, Expte Nº 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

Sesiones Cientificas

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

Expositores:
Dr. Hugo Loustau
Dermolipectomia Abdominal
Dr. Agustin Ali
Liposucción ultrasonica de última generación, conceptos y principios a tener en cuenta.

2) **Martes 14 de Junio (AMA, Buenos Aires)**
Cirugia Nasal
Coordinador: Dr. Manuel Viñal

Expositores: Dr. Francisco Errea
Reconstruccion Nasal: Valvula interna, Valvula externa y Cobertura.
Dr. Cesar Nocito
Rinoplastia traumática

3) **Martes 28 de Junio**
Capitulo de Cirugia Maxilofacial
Organiza Filial Noroeste Argentino (NOA)
Organizador: Dr. Mario Milet
Coordinador: Dr. Javier Vera Cucchiaro

Tema 1 Dr. Roberto Serrano Alcala
FRACTURAS DE ORBITAS, DIAGNOSTICO , INDICACIONES QUIRURGICAS - PROPUESTA DE UN ALGORRITMO.
Tema 2 Dr Carlos Corpacci
IMPLANTES DE POLIETILENO DE ALTA DENSIDAD EN CIRUGIA CRANEO-FACIAL
Tema 3 Dr. Mario Milet
MALFORMACIONES CRANEO-FACIALES

4) **Martes 9 de Agosto**
Capitulo de Cirugia Estética
Organiza Filial Mar del Plata

Expositores:
Eduardo Aubone: rejuvenecimiento periorbitario
Claudio Ghilardi: ritidoplastia cervicofacial

5) **Martes 23 de Agosto**
Capitulo de Cirugia Infantil
Organiza Filial La Plata
Presidente: Dr. Sergio M. Polichetta

Expositores:
Dra. Paulina Iwanyk: " Disfuncion de ATM ".
Dr. Juan Carlos Rodriguez: " Estado actual de la distraccion craneofacial ".
Dr. Carlos Perroni: " Tumores de cavidad bucal ".

6) **Martes 13 de Septiembre**
Capitulo de Cirugia Minlinvasiva
Organiza Filial Noreste Argentino (NEA)
Coordinador: Dra Hebe Blanco.

Oradores: Dr Ferreyra Jorge. Dr. Diaz Garcia Jorge: Láser
Dr. Velasquez Dabat Eduardo: Botox.
Dr. Abrile Gustavo: Endoscopia de la frente y tercio medio.
Suspensión del tercio medio.
Dr. Grgicevic,Gustavo: Columelloplastia y Rinomodelación.

7) **Martes 27 de Septiembre**
Capitulo de Cirugia Mamaria
Organiza Filial Rosario y Litoral

Introducción al tema.
Reflexiones actuales sobre cirugia mamaria
Dr. Guillermo Siemienczuk.
5 minutos
Implantes mamarios
Conceptos y decisiones desde una óptica femenina.
Dra. Sandra Filiciani.
10 minutos.
Reducción mamaria
Lipoaspiración, opción válida en casos seleccionados.
Dr. Ernesto Moretti.
10 minutos.
Complicaciones en implantes mamarios
Dr. Nestor Paul
10 minutos
Mesa redonda sobre los temas planteados.
Moderada por Dr. Guillermo Iturraspe.
15 minutos.
Cierre de la Sesión del Capitulo de Mamas
Dr. Guillermo Siemienczuk
2 minutos

8) **Martes 11 de Octubre (AMA, Buenos Aires)**
Cirugia Bariátrica
Coordinador: Dr. Guillermo Flaherty

Expositores: Dr. Alejandro Gandsas
Cirugia Bariátrica
Dr. Alejandro Paglia
Cirugia posbariátrica en obesidad mórbida
Enfoque multidisciplinario

9) **Martes 25 de Octubre**
Capitulo de Cirugia de Quemados
Organiza Filial de Cuyo

Presidente: Dr. Enrique 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
3-Errores más comunes en la atención del quemado agudo.

10) **Martes 8 de Noviembre**
Capitulo de Cirugia de Mano y Microcirugia
Organiza Filial de Córdoba y Centro

Tema General: Historia y Cirugia de la Mano
Presidente: Dr. Julio Frontera Vaca (padre)
Coordinador: Dr. Omar Pellicioni
Oradores:
Dr. Marelo Arias con dos temas:
a) Traumatismo de la Mano y
b) Transferencia Tendinosa
Dr. Carlos Nani: Tema a Confirmar

11) **Martes 22 de Noviembre (AMA, Buenos Aires)**
Cirugia Glútea
Coordinador: Dr. Abel Chajchir

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

ARANCELES
MIEMBRO SACPER: SIN CARGO
RESIDENTES Y EN FORMACIÓN: $350
M. FILIAL: $450
NO MIEMBROS $1000

Informes e inscripción en Sociedad Argentina de Cirugia Plástica y filiales.

BIOMET MICROFIXATION
Soluciones Maxilofaciales S.A.
Hipólito Yrigoyen 4230. C.A.B.A.
Tel: 4981-1478 / 9381 / 6021/0833
E-mail: wlorenz@fibertel.com.ar

Intersil
CASA CENTRAL: Emilio Pettorutti 2785 - (X5009JDL)
TEL (0351) 482-0959.
BUENOS AIRES: Sanchez de Bustamante 1986 7º B Y C (C1425DJN) CABA - TEL/FAX (011)4825-2666
MAR DEL PLATA: Av. Libertad 5324 (B7604CLQ) - TEL/FAX (0223) 472-9786
ROSARIO: Balcarce bis 92 6º PISO - (S2000DMB) TEL/FAX (0341) 4409599
WWW.INTERSILMEDICAL.COM

ALICIA ROSEMBERG PRODUCTOS MÉDICOS
www.arosemberg.com.ar
Av. Boedo 500. Buenos Aires
Tel. (5411) 495- 0111 /4931-3326
www.arosemberg.com.ar

ALLERGAN Medical Aesthetics
Allergan Productos Farmacéuticos
Av del Libertador 498 piso 29
Tel. (5411) 6322-6400
Buenos Aires.
www.allergan.com

G. E. Lombardozzi s.a.
INSTRUMENTAL PARA CIRUGÍA - IMPLANTES DE SILICONA
Stock completo de instrumental para cirugía plástica.
Casa Central: Silvio Ruggieri 2880 Buenos Aires, Rep. Argentina. Tel./Fax (5411)4801-5387 / 4803-9070.
Sitio 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 Cirugia Plástica Estética y Reparadora

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

Organiza: SACPER
Presidente: Dra. Marta Mogliani

Del 10 de mayo al 22 de noviembre

Lugar: Asociación Médica Argentina
Presidenta: Dra. Martha Mogliani
Director: Dr. Alberto 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. Cesar Nocito: "Rinoplastia traumática"

Martes 28 de junio
Organiza: Regional NOA
Presidente: Dr. Mario Milet
Capítulo de Cirugía Maxilofacial
Coordinador: Dr. Javier Vera Cucchiaro
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 craneofacial"
- Dr. Mario Milet: "Malformaciones craneofaciales"

Martes 9 de agosto
Organiza: Regional Mar del Plata
Presidente: Claudio Ghilardi
Cirugía estética
Coordinador: Dr. Esteban Elena
Disertantes:
- Eduardo Aubone: "Rejuvenecimiento periorbitario"
- Claudio Ghilardi: "Ritidoplastia cervicofacial"

Martes 23 de agosto
Organiza: Regional La Plata Presidente: Daniel Mosquera
Capítulo de 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 miniinvasiva
Coordinador: 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: "Columeloplastía 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 de 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 de Cirugía de Quemados
Coordinador: Dr. Luis Sananes
- "El grupo multidisciplinario imprescindible para la atención del paciente quemado agudo (unidad de cuidados especiales, normativas)"

- Dra. Celina Barrionuevo: "Avances en el tratamiento del quemado agudo"
- "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"

COMENTARIO DE LA CAMPAÑA DE FISURADOS, ABRIL DE 2011

En la provincia de Santiago del Estero, los dìas 14, 15 y 16 de abril del corriente año, se llevó a cabo una campaña quirúrgica, a la que concurrieron los Dres. Rodolfo Rojas y Carlos Perroni. También concurrieron los equipos de cirujanos de La Rioja, Tucumán y Catamarca encabezados por el Dr. Aníbal Ojeda. Fue muy relevante la organización del evento, que fue realizada por el equipo de Santiago del Estero a cargo de la Dra. Carolina Cramaro y el Dr. Carlos Marrodan.
Se atendieron veinte pacientes que presentaban graves secuelas. ·Estaban en condiciones clínicas sólo diez de ellos, los que fueron operados por los equipos que concurrieron.

CURSO SUPERIOR DE ESPECIALIZACIÓN EN CIRUGÍA PLÁSTICA 2011

"La capacitación en Cirugía Plástica está dedicada a enseñar y entrenar ampliamente a los médicos en el Arte y en la Ciencia de la especialidad y a formar cirujanos plásticos competentes y responsables, capaces de ejercer en forma independiente con los más altos valores éticos y morales".

MARZO

Miércoles 9 - 19 hs.
AMA: Presentación de casos clínicos quirúrgicos - Alumnos de 2º año.

Martes 15 - 19 hs.
AMA: Presentación de casos clínicos quirúrgicos - Alumnos de 1º año.

Viernes 18 - 13 hs.
SACPER: Examen parcial cuatrimestral (alumnos 1º y 2º año).

ABRIL

Martes 26 - 19 hs.
AMA: Conferencias de egresados.
Dr. Humberto Jiménez Villarruel: "Lifting cervicofacial: consideraciones anátomo-quirúrgicas".

MAYO

Martes 10 - 19 hs.
AMA: Conferencias de egresados.
Dr. Juan Carlos Tagliapietra: "Técnicas de reducciones mamarias".

Martes 24 - A confirmar horario
AMA: Historia de da Cirugía Plástica argentina. Pioneros y técnicas. Dr. Ernesto Malbec.
Coordinador: Dr. José Manuel Viñas.

JUNIO

Miércoles 1 a viernes 10
SACPER: Recepción de inscripciones de postulantes.

Lunes 13 - 13 hs.
SACPER: Reunión informativa con postulantes.
Lunes 13 - 14 hs.
SACPER: Evaluación de curriculum vitae de postulantes.

Martes 14 - 19 hs.
AMA: Presentación de casos clínicos quirúrgicos - Alumnos de 2º año.

Martes 21 - 19hs.
AMA: Presentación de casos clínicos quirúrgicos - Alumnos de 1º año.

Miércoles 22 - 13 hs.
SACPER: Examen final. Escrito (alumnos 3º año).

Miércoles 22 - 15 hs.
SACPER: Examen de ingreso. Escrito (postulantes al Curso).

Viernes 24 - 13 hs.
SACPER: Examen final. Oral (alumnos 3º año) - 1ª fecha.

Lunes 27 - 13 hs.
SACPER: Entrevista de ingreso. Oral (postulantes al Curso).

Martes 28 - 13 hs.
SACPER: Examen final. Oral (alumnos 3º año) - 2ª fecha.

Martes 28 - 14 hs.
SACPER: Examen parcial cuatrimestral. Oral (alumnos 1º y 2º año).

Miércoles 29 -14 hs.
SACPER: Reunión de postulantes seleccionados.

JULIO

Sábado 2
Día del Curso Superior Trienal.

AGOSTO

Martes 9 - 19 hs.
AMA: Mesa redonda.
Título: Importancia médico legal del consentimento informado.
Panelistas: Dres. Justo La Torre Vizcarra, Ricardo Losardo y Jorge Patané.

Martes 16 - 19 hs.
AMA: Conferencias de egresados
Dr. Horacio Augusto Adad: "Aparatología en cirugía estética".

SEPTIEMBRE

Martes 13 - 19 hs.
AMA: Mesa redonda.
Título: Importancia médico legal de las fotografías.
Panelistas: Dres. Justo La Torre Vizcarra, Ricardo Losardo y Jorge Patané.

Martes 27 - 19 hs.
AMA: Conferencias de egresados.
Dr. José Lo Tártaro: "Cirugía plástica de mama y lesiones faciales (estética y reparadora)."

OCTUBRE

Martes 4 - 19 hs.
AMA: Presentación de casos clínicos quirúrgicos - Alumnos de 2º año.

Martes 18 - 19 hs.
AMA: Presentación de casos clínicos quirúrgicos - Alumnos de 1º año.

NOVIEMBRE

Martes 1 - 14 hs.
SACPER: Examen parcial cuatrimestral. Oral (alumnos 1º y 2º año).

Martes 15 - 19 hs.
AMA: Conferencias de egresados.
Dr. Juan Gustavo Polisky: Tema a confirmar.

Martes 22 - A confirmar horario
AMA: Historia de la Cirugía Plástica Argentina. Pioneros y técnicas.
Coordinador: Dr. José Manuel Viñas.

DICIEMBRE

Sábado 3 - 21 hs.
AMA: Jornada Científica.

Informes: SACPER 4816-3757/0346

CONGRESO INTERNACIONAL DEL IPRAS
Comentario del Acto Inaugural

En el acto inaugural del Congreso del IPRAS, Vancouver, Canadá, realizado durante los días 22 al 27 de mayo de 2011, la presidenta de dicha Confederación, Dra. Marita Eisenmann-Klein, presentó a quienes fueron designados por unanimidad en la reunión de Doha-Qatar (diciembre de 2010) como Trustees. Fueron nombrados los doctores Garry S. Brody y Rod J. Rohrich (EE.UU.), Daniel Marchac (Francia), Guler K. Gursu (Turquía) y Paulino Morales (Argentina), que según su sabiduría y experiencia en los temas concernientes a IPRAS, han contribuidoen gran medida al desarrollo de la Cirugía Plástica y Estética en el mundo (sic - comunicación oficial de IPRAS).
El nombramiento de los citados profesionales es de por vida. En el mismo acto se les otorgó una plaqueta y un pin de oro.

Noticias Regionales

SOCIEDAD DE CIRUGÍA PLÁSTICA DE BUENOS AIRES

SESIONES CIENTÍFICAS

Junio

7/6/2011 - 21 hs. - AMA
Presentación de trabajos:
- Dres. Joaquín Pefaure, Marcelo Mackfarlane: "Obliteración postraumática del seno frontal con colgajos locales".
  Coordinador: Dr. Pedro Bistoletti.
- Dr. Diego Angelillo: "Hiperhidrosis: opciones de tratamiento".
  Coordinador: Dr. Carlos Pestalardo.

Julio

5/7/2011 - 21 hs. - AMA
Tema: "Enfoque multidisciplinario del rejuvenecimiento facial".
- Dr. Omar Ventura: "¿Cuándo MACS lift y cuándo lifting convencional?".
- Dr. Francisco Errea "Blefaroplastia: cómo lo hago?".
- Dr. Sergio Korzin "Métodos no quirúrgicos como complemento único. Tratamiento en rejuvenecimiento facial".

Mesa redonda final
Coordinador: Dr. Enrique Pedro Gagliardi.
Integrantes: Dres. Omar Ventura, Francisco Errea, Sergio Korzin, Jorge Herrera y Abel Chajchir.

Agosto

2/8/2011 - 21 hs. - AMA
Noche de controversias
"Mastoplastia en T *vs.* Mastoplastia vertical".
A favor de mastoplastia en T: Dr. Alberto Rancati
A favor de mastoplastia vertical: Dr. Hugo Loustau.

16/8/2011 - 21 hs. - AMA
Conferencia: "Estudios iniciales y nuevos usos con la técnica de aumento mamario subfascial"
Dr. Patricio Leniz (Presidente de la Sociedad Chilena de Cirugía Plástica)
Coordinador: Dr. 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.
Comité Organizador: Dr. Francisco Errea, Dr. Alfredo De Maussión y 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

Aranceles

Miembros de SACPER y Regionales de SACPER: $350.
Residentes y Médicos en formación (c/ certificado): $200.
No Miembros de SACPER ni de Regionales de SACPER: $1000.

Informes:

Dr. Sergio Polichella: spolichella@yahoo.com.ar
Pilar Ponce de León: pilarponcedeleon.ppl@gmail
(011) 4567-4481 / 4639-4820

PROGRAMA CIENTÍFICO

Viernes 24
8 - 8:30 hs: ***Inscripción.***
8:30 - 9 hs: ***Apertura.***

9 - 10 hs: ***"Modelado del contorno corporal y lipoaspiración"***
Presidente: Julio Cianflone.
Moderador: Enrique Arigoz.
Secretaria: Judith Schafer.
Disertantes:
- Agustin Alí: "Liposucción ultrasónica de última generación".
- Eve Blanco: "Liposucción asistida con láser".
- Gustavo Abrile: "Liposucción asistida por ultrasonido".
- Vera Cuchiaro: "Lipoescultura láser".
- Sandra Filiciani: "Descenso de los parámetros hematológicos posliposucción".

10 - 10:30 hs: ***Intervalo.***
10:30 - 12:30 hs: ***Videoconferencia.***
- Dr. Zocchi: Lipotransferencia.

Presidente: Enrique Gagliardi.
Moderador: Marcelo Irigo.
Secretario: Fernanda Romero Gauna.

12:30 - 14 hs.: ***Almuerzo.***
14 - 15 hs: ***Lipofiling***.
Presidente: Carlos Rodríguez Peyloubet.
Moderador: Jorge Canestri.
Secretario: Martín Álvarez.
Disertantes:
- Abel Chajchir: "Lipofiling".
- Vera Cuchiaro: "Rellenos grasos".
- Marcelo Robles: "Rellenos grasos glúteos".
- Marcelo Irigo: "Lipofiling en reconstrucción mamaria".

15 - 16 hs: ***Conferencia.***
- Dr. José Tariki: "Diferentes opciones en abdominoplastias".

Presidente: Carlos Schreiner.
Moderador: Federico Deschamps.
Secretario: María Elena Morales.

16 - 16:30 hs: ***Intervalo***.
16:30 - 17:30 hs: ***Gluteoplastias.***
Presidente: Carlos Perroni.
Moderador: Roberto Lamonega.
Secretario: Leonardo Coscarelli.
Disertantes:
- Marcelo Robles: "Gluteoplastias".
- Abel Chajchir: " Gluteoplastia".
- Daniel Mosquera: "Gluteoplastia subfascial".
- Vera Cuchiaro: "Gluteoplastias".
- Gustavo Abrile: "Gluteoplastias intramusculares".

17:30 - 18:30 hs: ***Conferencia***
- Dr. José Tariki: "Planeamiento de mastoplastias de aumento".

Presidente: Jorge Díaz García.
Moderador: Daniel Mosquera.
Secretario: Laura da Costa.

Sábado 25
9 - 10 hs: ***Conferencia.***
- Dr. José Tariki: "Mastopexia: un desafío al cirujano plástico".

Presidente: Rodolfo Rojas.
Moderador: Nestor Vincent.
Secretario: David Poggio.

10 - 10:30 hs: ***Intervalo***.
10:30-12 hs: ***Pexia mamaria.***
Presidente: Sergio Polichella.
Moderador: Santiago Goñi.
Secretario: Daniel Manfredi.
Disertantes:
- Jorge Canestri: " Ptosis mamaria. Diagnóstico y tratamiento".
- Omar Ventura: "Mastopexia dinámica".
- Guillermo Siemienczuk: "*Dual plane* argentino".
- Esteban Elena: "Mastoplastias con implantes".

SOCIEDAD DE CIRUGÍA PLÁSTICA DE ROSARIO Y LITORAL

7º JORNADAS DE SOCIEDADES REGIONALES DE SACPER "DR. CARLOS CAVIGLIA"

8 y 9 de diciembre de 2011
Hotel Los Silos - Complejo La Ribera Puerto de Santa Fe
Ciudad de Santa Fe, Argentina

II JORNADA INTERSOCIETARIA DE PATOLOGÍA MAMARIA "NUEVAS PERSPECTIVAS"
En el marco del **Mes Internacional de Concientización del Cáncer de Mama**.

21 de octubre de 2011
Círculo Médico de Rosario, Santa Fe 1798
Rosario, Argentina

DECLARADO DE INTERÉS NACIONAL por el Honorable Senado de la Nación

---

SOCIEDAD DE CIRUGÍA PLÁSTICA DEL NORDESTE (NEA)

SOCIEDAD DE CIRUGÍA PLÁSTICA DEL NOROESTE (NOA)

IX Jornadas Tucumanas de Cirugía Plástica
II Congreso Argentino de Residentes y Médicos en formación en Cirugía Plástica

23 y 24 de septiembre de 2011.
Tucumán- Argentina
Presidente Honorario: Dr. Abel Chajchir
Presidente Ejecutivo: Dr. Eduardo Novillo
Secretario General: Dr. Enrique Rusconi
Informes e inscripciones: Dr. Eduardo Novillo
edunovi@uolsinectis.com.ar - Tel: 0381-4975745-

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, 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 (Bs. As.)

www.cirugiaplasticacba.com.ar

Secretaria General
MCI Córdoba Office
Tel: +54 351 424 3546
cordoba@mci-group.com.ar

VII JORNADAS NACIONALES INTERDISCIPLINARIAS DE FISURA DE LABIO NASO ALVÉOLO PALATINA

16 y 17 de septiembre
Córdoba
Inscripción sin cargo
Informes e inscripción:
andrea.rodriguez@hospitalitaliano.org.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 - 17º 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 tipiados 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

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

3. Resumen del trabajo

Aparecerá en la segunda página. Se podrá estructurar en secciones y contendrá entre 100 y 200 palabras. En el resumen no deben aparecer siglas, abreviaturas ni referencias bibliográficas. Al final del Resumen se incluirán no más de tres "palabras clave" utilizando la lista del Medical Subject Headings del 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 Publising, Inc.; 1990, pp. 215-227.

- Capítulos de libros: Dellon AL. Radical sensory neme entrapment. En: Gelberman RH (Editor). Operative neme 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 titulo. Si se considera necesario se puede añadir un comentario a la tabla tras el titulo.

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

Lista de comprobación para los autores

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

FOTOS PARA PUBLICAR EN LA REVISTA

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

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