

REVISTA ARGENTINA DE

Cirugía Plástica

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



ASOCIACIÓN MÉDICA ARGENTINA

Sulfadiazina de Plata
Vitamina A
Lidocaína

Platsul-A[®]

CREMA DE APLICACION TOPICA LOCAL



de **primera elección** en todo tipo de quemaduras y heridas

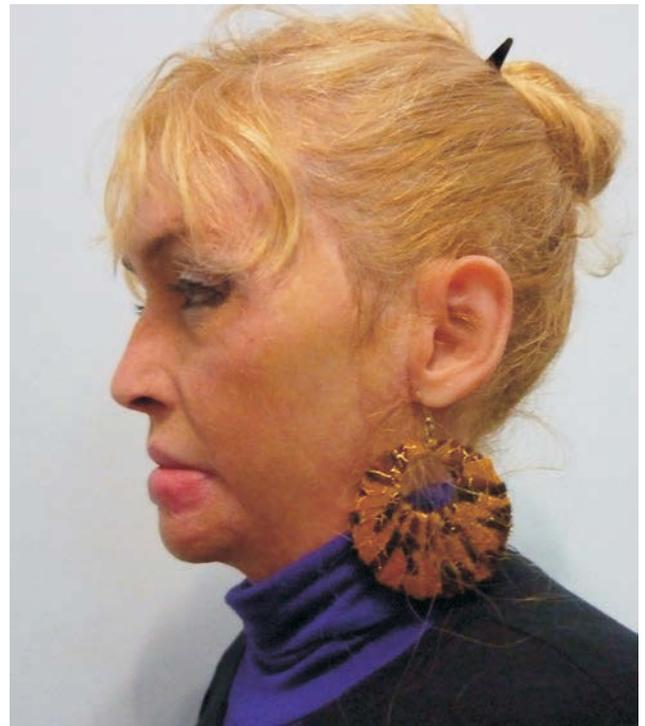
- Heridas quirúrgicas y domésticas
- Escaras por decúbito
- Úlceras vasculares

También en afecciones dermatológicas infectadas o susceptibles de infectarse



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 párpados 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



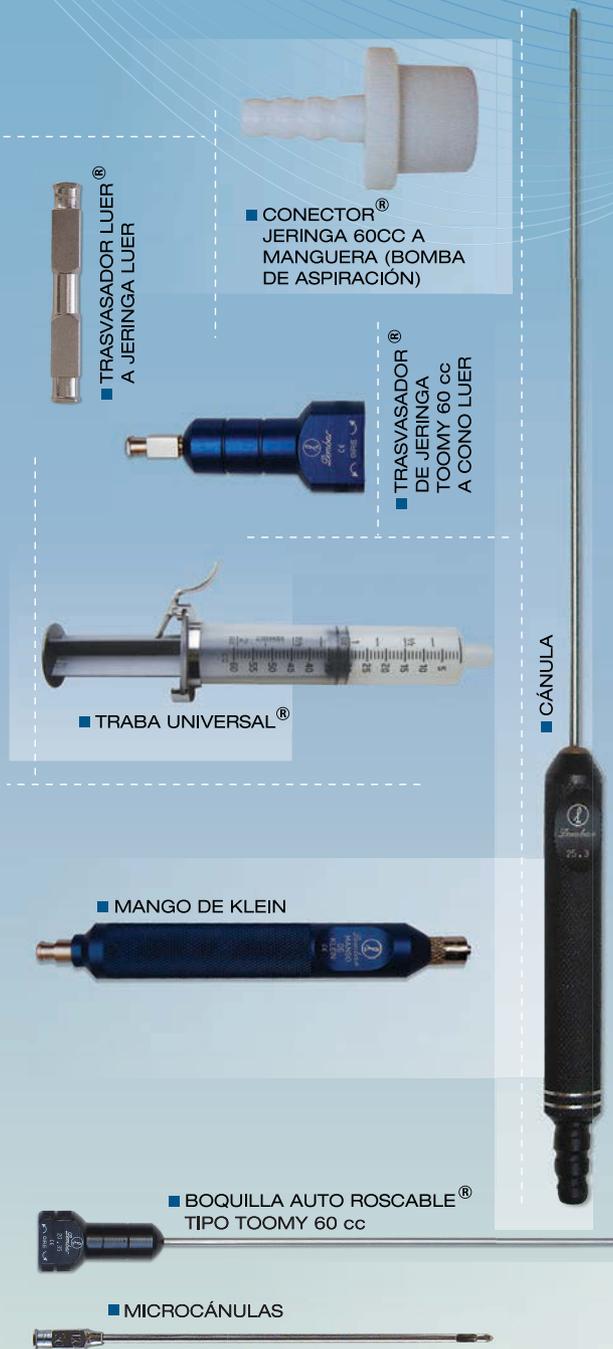
Prótesis Piderm nasal adaptada a implantes osteointegrados (implante piramidal de titanio)

Amputación nasal por neoplasia

1956 - 2012

GALERÍA DEL CIRUJANO PLÁSTICO

Stock completo para LIPOASPIRACIÓN - LIPOESCULTURA



Stock y variedad de instrumental



Equipos diversos



CASA CENTRAL

Silvio Ruggieri 2880 entre Cerviño y Cabello (1425DLD), Buenos Aires, República Argentina
Tel/Fax: (54-11) 4801-5387/2620, (54-11) 4803-9070
E-Mail: info@gelombardozzi.com.ar / Sitio Web: www.gelombardozzi.com.ar

SUCURSALES: Mendoza - La Plata - Rosario - Córdoba - Mar del Plata - NOA, Tucumán



COMISIÓN DIRECTIVA
SACPER Período 2011-2012

CAPÍTULOS, COMISIONES Y COMITÉS
Año 2011

Presidenta

Dra. Martha Mogliani

Vicepresidente

Dr. Luis M. Ginesín

Secretario General

Dr. Omar Darío Ventura

Prosecretario

Dr. Claudio N. Saladino

Tesorero

Dr. Gustavo E. Prezzavento

Protesorero

Dr. Alberto J. Abulafia

Secretario de Actas

Dr. Raúl Tolaba

Director de Publicaciones

Dr. Luis I. Odriozola

Subdirectora de Publicaciones

Dra. Lucila V. Mangas

Vocales Titulares

Dr. Eduardo E. Marchioni

Dra. Noemí E. Cardozo

Dr. Santiago Goñi

Vocales Suplentes

Dr. Javier J. Vera Cucchiari

Dr. Julio C. Frontera Vaca

Dra. Marisol López

Dr. José Héctor Soria

Presidente anterior

Dr. Carlos A. Reilly (+)

Vicepresidenta en ejercicio de la Presidencia anterior

Dra. Martha O. Mogliani

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

minimvasivos en Cirugía Plástica

Directora:

Iris Hebe Blanco

Comisión de Docencia e Investigación

Coord.: Dr. Paulino Morales

Dr. Justo La Torre Vizcarra

Dr. Ricardo Yohena

Comisión de Educación Médica Continua

Coord.: Dr. Jorge Herrera

Dr. Ricardo Losardo

Dr. Enrique Gagliardi

Dr. Manuel Alberto Viñal

Dr. Pedro Dogliotti

Dr. Héctor Lanza

Comité de Ética

Coord.: Dr. Osvaldo Orduna

Dr. Luis Margaride

Dr. Rodolfo Rojas

Dr. Pedro Mugaburu

Dr. Guillermo Iturraspe

Molina

Comisión Informática

Coord.: Dr. Luis Odriozola y

Dra. Lucila Mangas

(Director y Subdirectora de Publicaciones)

Respuesta de e-mails

Dr. Eduardo Marchioni

Asesora de página web

Dra. Paulina Iwanyk

Comisión de Asuntos

Legales

Coord.: Dr. Francisco Famá

Dr. Jorge Patané

Dr. Carlos Sereday

Consejo de Relaciones Internacionales de la SACPER

Coord.: Dr. Abel Chajchir

Dr. Federico Deschamps (IPRAS)

Dr. Jorge Buquet (Cono Sur)

Dr. Omar Ventura (Cono Sur)

Dr. Juan Carlos Seiler (ISAPS)

Comité de Recertificación

Presidente:

Dr. Julio Luis Cianflone

Secretario:

Dr. Jorge Alberto Herrera

Vocales:

Dr. Jorge Alberto Buquet

Dr. Alfredo J. Pardina

Dra. Manuel Viñal

Dr. Pedro Luis Dogliotti

Rep. de Comisión Directiva:

Dr. Omar Ventura

Comisión del Centro de Referencia y Contrarreferencia para el Tratamiento de las Fisuras Labioalveolopalatinas

Asesor

Dr. Rodolfo Ramón Rojas

Director General

Dr. Carlos Alberto Perroni

Coordinadora de Campaña

Dra. Martha Mogliani

Coordinadora Científica

Dra. Paulina Iwanyk

Secretaria

Dra. Mirta Susana Moreno

Tesorero

Dr. Gustavo Prezzavento

(SACPER)

Relaciones Públicas

Dr. Sergio Marcelo Polichela

Representantes Regionales

Buenos Aires: Dra. Mirta Moreno

La Plata: Dr. Carlos Perroni

Nordeste: Dr. Dante Masedo

Tucumán: Dr. Miguel Corbella

San Juan: Dra. Inés Garcés

La Rioja: Dr. Aníbal Ojeda

Comisión de Admisión de Trabajos a Premio

Vicepresidente SACPER

Dr. Luis Ginesín

Secretario General SACPER

Dr. Omar Ventura

Prosecretario General SACPER

Dr. Claudio Saladino

Comisión Asesora de Congresos

Dr. Juan Carlos Seiler

Dr. Ricardo Yohena

Dr. Jorge Díaz García

Dr. Adalberto Borgatello

Dr. Pedro Dogliotti

Dr. Enrique Gagliardi

Comisión de Defensa del Ejercicio Profesional

Dr. Héctor Lanza

Dra. Noemí Cardozo

Comisión de Prensa y Difusión

Dr. Walter Servi

Dr. Francisco Famá

Videoteca

Dr. Eduardo Marchioni

Relaciones con Filiales

Dr. Omar Ventura

Parlamentario

Dr. Eduardo Marchioni



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 dermatoscopia
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

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 Inchaurreaga (Cirujano Maestro)

Dr. Osvaldo Orduna (Miembro Honorario Nacional)

Dr. Luis F. Albanese (Miembro Honorario Nacional)

AUTORIDADES DE REGIONALES

Año 2011

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

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

Santa Fe 1611 3º Piso - (1060) Ciudad

Autónoma de Buenos Aires

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

info@scpba.org.ar

Presidente: Dr. Rubén E. Rosati

4) Región Rosario y Litoral (Provincias de Santa Fe y Entre Ríos)

· **Sociedad de Cirugía Plástica de Rosario**

Santa Fe 1798 (2000) Rosario

Tel: (0341) 421-0120 / 447-1143

Fax: 425-9089

e-mail: sccmr@cimero.org.ar

www.scperr.com.ar

Presidente: Dr. Guillermo Iturraspe

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

· **Sociedad de Cirugía Plástica del NOA**

Presidente: Dr. Mario Milet

· **Sociedad de Cirugía Plástica de Tucumán**

Pje. Martínez Suviría 3481 (4000) Tucumán

Presidente: Dr. Roberto Serrano

2) Región La Plata (Ciudad de La Plata)

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

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

Tel: (0221) 422-5111

E-mail: scirplasticalapla@hotmail.com

Presidente: Dr. Daniel Mosquera

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

· **Sociedad de Cirugía Plástica de Córdoba**

Ambrosio Olmos 820 - (5000) Córdoba

Tel: (0351) 46-04313

e-mail: cirmecba@infovia.com.ar

Presidente: Dr. Omar Pellicione

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

· **Sociedad de Cirugía Plástica de Mendoza**

Olegario V. Andrade 496 (5500) Mendoza

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

Presidente: Dr. Enrique Sananes

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

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

Güemes 2968 (7600) Mar del Plata

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

Presidente: Dr. Claudio Ghilardi

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

· **Sociedad de Cirugía Plástica del Nordeste**

Nordeste

Av. 3 de Abril 869 (3400) Corrientes

Tel: (03783) 435-122

Presidente: Dra. Iris Hebe Blanco

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

REGISTRO PROPIEDAD INTELECTUAL

Expediente N° 687144.

Inscripta en el Boletín de OPS/OMS.

ISSN: 0327-6945

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

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

Producción editorial, comercial y gráfica

 PUBLICACIONES
LATINOAMERICANAS S.R.L.

PUBLICACIONES LATINOAMERICANAS S.R.L.

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

SUMARIO

	159	177
EDITORIAL Compromiso <i>Martha O. Mogliani</i>		Radiolesión de pared torácica: Reparación con colgajo del músculo pectoral mayor <i>José Héctor Soria, Alejandro A. Tuero, Claudio Gustavo Conde</i>
	161	183
Tratamiento de secuelas nasales con PMMA <i>Eduardo Marchioni, M. Daniel Taboada</i>		Noticias SACPER
	166	184
Rinodesviaciones graves: remodelación externa del septum y osteotomías múltiples <i>Eduardo Marchioni, M. Daniel Taboada</i>		Noticias Regionales
	172	185
Mastopexia. Comparación de tres técnicas quirúrgicas <i>Héctor Lanza, John G. Jones, Jhonatan Vázquez</i>		Reglamento de Publicaciones

COMPROMISO

Sé que ya he escrito, en otras oportunidades sobre la palabra “compromiso”, sobre cuyo significado, como con todo lo que es intangible, es difícil concordar; de acuerdo con la educación, moral, vivencias, medioambiente de cada uno de nosotros, será la aplicación tangible de la palabra “compromiso”.

En estos transitorios días y momentos, todo es cambiante en la vida: me está sucediendo que estoy más en contacto con colegas jóvenes que con los que me son pares. Se me plantean varios dilemas que voy a exponer aquí, y espero que este editorial sea leído también por los que me han producido estas dudas y planteos: los jóvenes. Es cierto que han ido cambiando (¿o hay que cambiar?) las denominaciones, etarias fundamentalmente, de los prospectos de los medicamentos; nos resistimos, y mucho, a entrar en la tercera edad, ¿queremos correrla cinco o diez años? Bueno, a partir de este razonamiento, he experimentado que a los jóvenes les pasa lo mismo. Porque hasta hace algunos años ser joven era tener, yo diría, hasta 30 o 35 años para los hombres y 25 o 30 años para las mujeres. Ya a los 30 o 35 años se decía que estaban “maduritos”. “La fruta está madura, si sigue así se cae del árbol”, era la frase. ¡Oh, sorpresa!, los jóvenes con los que me he rodeado pasaban esas edades, algunos en unos cuantos “eneros”... Pienso que, al igual que los que no quieren la denominación de “tercera edad”, ellos tampoco quieren entrar en la “madurez”.

Pero el punto es que podemos coincidir.

Seguro coincidimos en que la SACPER tiene que “agregar”, a los objetivos que ya tiene, otros tales como:

Defensa del socio: no se hace hincapié si es en lo legal, la propuesta es en lo económico mayoritariamente. Coincidimos en todo lo especial en la defensa frente a un litigio, para eso pensamos que es necesario que todos los miembros, aunque no es obligatorio, sean recertificados; también que los miembros que sean peritos (médicos legistas cirujanos plásticos) integren una lista en los juzgados en los que actúen. De esa forma SACPER podría tener alguna injerencia.

- Defensa en lo económico, es decir, discutir aranceles. Para ello es necesario agregar un giro gremial, colegiación u otras maneras a estudiar legalmente. Se confeccionó un nomenclador que llevó varios años hacer, no se pudo imponer, tal vez no estaban dadas las condiciones en ese momento. ¿Habrá llegado el momento?
- Escuché repetidamente la palabra “limitar”. Limitar la entrada y salida en la formación de cirujanos plásticos. Ante mi pregunta ¿cómo hacemos?, la respuesta fue: se hizo y se nombra a diferentes países, vuelvo a preguntar, esta vez, ¿cómo lo hicieron ellos? La respuesta es “hay que averiguarlo”. Hasta antes de esta respuesta, teníamos coincidencia. Cuando uno se “compromete” y hace una propuesta, ésta tiene que tener argumento fundamentado y estudiado. A mi entender la respuesta tendría que haber sido “yo conozco el tema porque lo estudié, la manera que ofrezco de llevarlo a cabo es esta: ...”, y a partir de allí, con las diferentes propuestas, podríamos haber pensado cuál era la más conveniente. En ningún momento escuché la palabra “mejorar”. Si esta palabra hubiera sido pensada, tal vez, pienso que la respuesta hubiera sido: “Esto es lo que tenemos, ¿cómo podemos mejorarlo, prestigiarlo?” Porque a partir de aceptar lo que tenemos, podemos tratar de mejorarlo y cambiarlo.
- Otras propuestas se orientaron a recuperar partes de nuestra especialidad, que fueron tomadas por otras especialidades como propios. Otra vez, la pregunta “¿cómo?” Acá creo que hay sólo una respuesta: “Haciendo la patología”.

La SACPER el año próximo cumple 60 años. El proyecto de los fundadores fue un proyecto científico, de educación y formación de cirujanos plásticos de excelencia, lo que queda demostrado en el prestigio que ellos tenían y muchos otros que los siguieron tienen el nivel nacional e internacional, lo que nos habla del “compromiso” propio y con la institución SACPER. Todo esto no fue ya, ni de un día para el otro; llevó su tiempo, se fue depurando y decantando en el tiempo.

Todo este contacto con los “jóvenes” es muy valioso y enriquecedor para mí, como espero lo sean estas palabras escritas para ustedes.

Las coincidencias están, son las mismas. ¿Qué nos falta?:

- El cómo hacemos.
- El desarrollo del cómo lo hacemos.
- El tiempo para llevar a cabo el cómo lo hacemos.

- El compromiso, no sólo de la propuesta e inquietud, sino para acompañar y trabajar codo a codo con los que serán los encargados de llevarla a cabo. No sea el caso de que “propongo y me desentiendo”.

Me comprometo, dentro de lo posible, a “agregar” estas propuestas a las ya existentes en la SACPER. Pensando siempre que “los hombres pasan, son efímeros, las instituciones nos sobreviven”. Tratando de no confundir “compromiso” con “éxito”, que por lo general son opuestos. El primero requiere convicción, constancia, honestidad con uno mismo y los otros, es generoso y abarcativo. El segundo, “éxito”, es rápido en general, es ególatra, por lo tanto, al derivar del “ego”, es egoísta, personal y fundamentalmente efímero.

Queridos colegas todos, me pareció importante a fin de año hacer un balance.

Que Dios nos acompañe a nosotros y a nuestra Sociedad para tomar las mejores decisiones.

¡Felicidades!

Dra. Martha O. Mogliani
Directora del Comité de Redacción

- Colágeno bovino 3,5%
- Tampón fosfato 2,7%
- Cloruro sódico 0,3 %
- Clorhidrato de lidocaína 0,3%
- Agua para inyección 93,2 %

Presentación: 4 viales de 0,5 ml

Para este material se recomendaba un test de alergia previo por su contenido en colágeno. Asimismo, se debían extremar las precauciones para no dejar acumulaciones por la gran permanencia del material y la dificultad que presenta para removerlo una vez inyectado. Su costo es muy elevado.

Metacrill

Permanente. El **Metacrill**, polimetilmetacrilato, similar al **Artecoll** (PMMA) y fabricado en Brasil, con un tamaño de las partículas de 40-80 μm , provoca en el organismo una reacción que genera colágeno, neovascularización y células alrededor de las partículas.

En el uso de esta sustancia es necesario tener en cuenta:

- Aunque el PMMA no necesita test de alergia, conviene realizarlo debido a que, en ocasiones, el solvente lleva incorporado colágeno como vehículo (Artecoll, Dermalive).
- Actúa por relleno, encapsulación y fibrosis.
- Efectos secundarios: puede ocasionar inflamación y nódulos en el tejido que rodea al punto de inyección. Por otra parte, el inconveniente en estética de los productos de larga duración es que un mal resultado también puede ser definitivo.

Arteplast

Permanente. Con la misma composición que el Artecoll (PMMA), este producto ha sido introducido en Europa en el año 1991. La diferencia entre ambos se encuentra en el vehículo y en el tamaño de las microesferas: Arteplast® 20-42 μm y Artecoll® 32-40 μm .

Se desaconseja la utilización de este producto debido a las frecuentes reacciones inflamatorias y al alto porcentaje de aparición de granulomas debidas a su menor tamaño, que favorece la posibilidad de fagocitosis por las células blancas de la sangre. Una vez que se reabsorbe el colágeno bovino, el colágeno propio rodea al implante.

- Requiere test de alergia.
- Duración. Permanente.
- Efectos secundarios muy frecuentes: se desaconseja su utilización.

El material utilizado en la presente comunicación es el **Metacrill** y/o **Newfill**, ambos de procedencia brasileña y cuya composición es:

Composición:

- Polimetilmetacrilato (PMMA)
- Hidroximetilcelulosa
- Metilparabeno - Propilparabeno
- Agua para inyección

Presentación: jeringas de 1 a 1,5 cc.

Indicaciones. Las indicaciones generales para su uso son:

- Para el aumento de volumen en labios.
- Relleno de surcos y arrugas de la cara.
- **Corrección de las irregularidades en la nariz.**
- Relleno de cicatrices de acné.
- En mamilos (pezones) invertidos o para crear pezones más erectos.
- En pezones reconstruidos y aplanados.
- Para llenar pequeños defectos por pérdida de tejido por trauma o congénitos.
- Aumento cosmético de mentón y pómulos.

Resaltamos la indicación que motivó el presente trabajo.

Técnica

La técnica que consideramos más adecuada es la **infiltración más modelación con normocorrección**.

El material es inyectado con agujas de 27 G en forma de puntos o con la técnica retrógrada a nivel subdérmico. Por lo general son necesarias dos o más sesiones. No precisa de una repetición programada, ya que ésta depende sobre todo de la evolución a mediano plazo, que a su vez depende de las características individuales del paciente y su comportamiento con respecto a la absorción del material con el correr de los días. Ya mencionamos que actúa por relleno, encapsulamiento del material y fibrosis en la zona en donde es colocado.

Efectos secundarios

Una vez dentro del organismo, el material puede ocasionar inflamación y nódulos en el tejido que rodea al punto de inyección. Esto es particularmente importante en un área tan expuesta como la nariz. Debemos por supuesto guardar todas las precauciones de asepsia y antisepsia, que no es necesario mencionar. El inconveniente en estética de los productos inyectables de larga duración es que un mal resultado también puede ser un problema que se prolongue en el tiempo, y requiera desde la utilización de medicación antiinflamatoria, corticosteroides locales o generales, a la eventual remoción del producto por medios quirúrgicos.

Complicaciones

Las más frecuentes son:

- Las reacciones granulomatosas inflamatorias de cuerpo extraño en las zonas inyectadas

- Induraciones (por reacción fibrosa muy exagerada) y deformidades.
- Granulomas blanquecinos, enrojecimiento e induración.
- El desplazamiento y la superficialización del material.
- Empastamiento o pérdida de flexibilidad de la piel (por inyecciones demasiado superficiales).

RESULTADOS

Por supuesto, nos vamos a referir al uso en las irregularidades o secuelas en la nariz.

Las características de estos materiales una vez inyectados en el paciente son las que describimos a continuación:

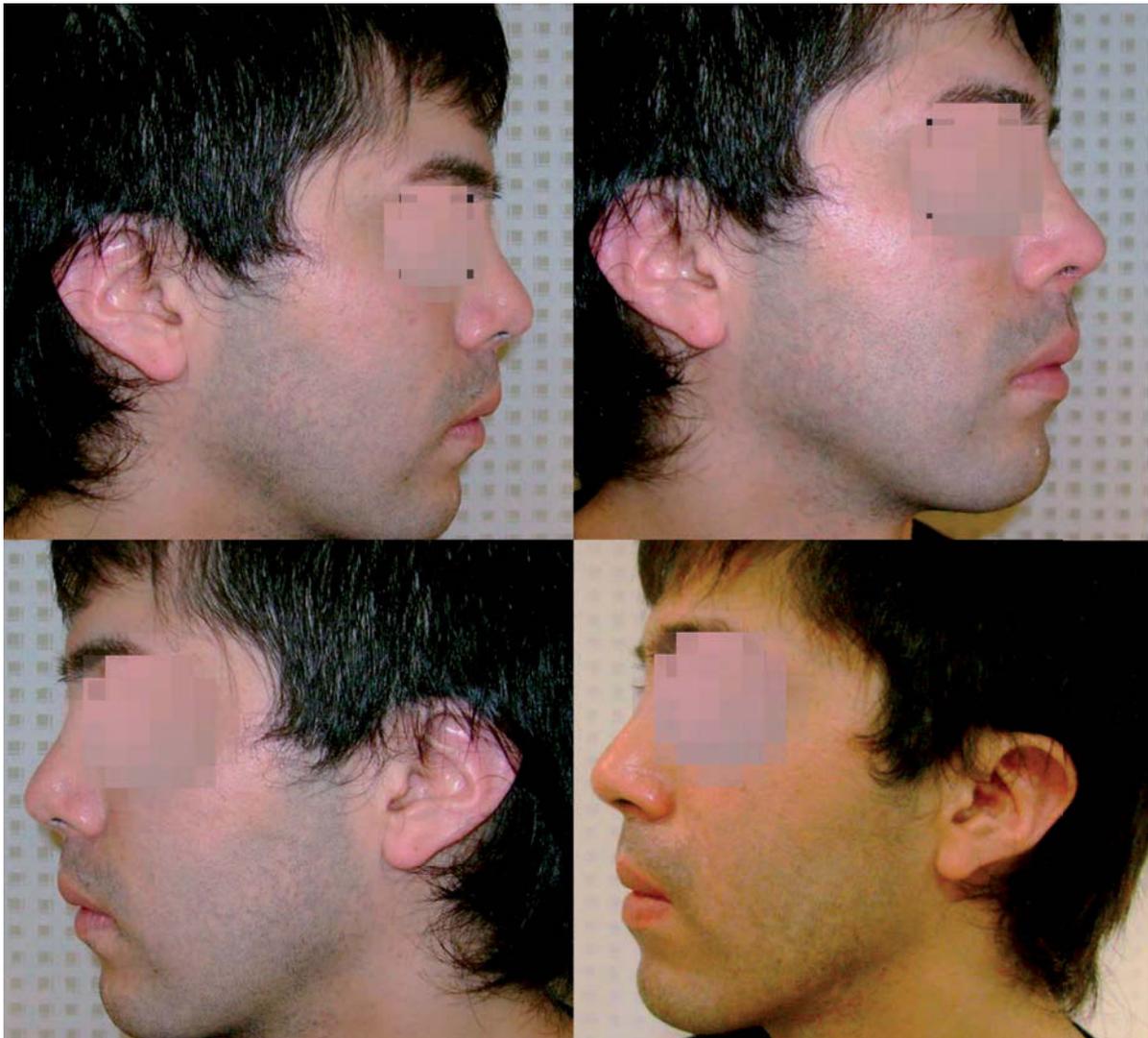
- Su duración es imprecisa e individual, en nuestros casos el material inyectado tiene una absorción, a veces muy importante, sujeto a variación individual. Esto hace menester repetir las inyecciones con una cierta frecuencia.
- Es una opción interesante, por la facilidad de realización, que puede requerir de una a tres sesiones, dependiendo de la severidad de la secuela.
- Sugerimos a los médicos que deben estar bien entrenados y así poder evitar la posibilidad de tener que extraer el producto.



Paciente 1. Relleno de glabella y punta nasal. *Izq.*: preinyección. *Der.*: posinyección.



Paciente 2. *Izq.*: preinyección. *Der.*: posinyección..



Paciente 3. Arriba. *l.zq.*: preinyección, rinoplastia con excesiva resección. *Der.*: inyección en dorso, glabella y punta. Abajo. Perfil opuesto. *l.zq.*: preinyección. *Der.*: posinyección.



Paciente 4. *l.zq.*: punta nasal visiblemente caída *Der.*: Inyección en dorso, columela y punta



Paciente 5. Izq.: depresión en el dorso, muy visible (hachazo). Der.: relleno del dorso. Excelente resultado.

CONCLUSIONES

El material tiene una duración promedio de 6 a 8 meses. Hemos tenido absorción importante a pesar de tratarse de un material que se dice permanente. En realidad, el componente permanente es el PMMA y no todo el contenido de la ampolla. Su vehículo es absorbido por el organismo dejando sólo las microesferas de PMMA, que con su tamaño tan pequeño no constituyen por sí solas la totalidad del relleno.

BIBLIOGRAFÍA

1. Smith KE, Trusty P, Wan B, Gall K. Long-term toughness of photopolymerizable (meth)acrylate networks in aqueous environments. *Acta Biomater* 2011 Feb;7(2):558-567. Epub 2010 Sep 7.
2. Hanke CW, Rohrich RJ, Busso M, Carruthers A, Carruthers J, et al. Facial soft-tissue fillers conference: assessing the state of the science. *J Am Acad Dermatol* 2011 Apr;64(4 Suppl):S66-85, S85.e1-136.
3. Hanke CW, Rohrich RJ, Busso M, Carruthers A, Carruthers J, et al. Facial soft-tissue fillers conference: assessing the state of the science. *J Am Acad Dermatol* 2011 Apr;64(4 Suppl):S53-65.
4. Mercer SE, Kleinerman R, Goldenberg G, Emanuel PO. Histopathologic identification of dermal filler agents. *J Drugs Dermatol* 2010 Sep;9(9):1072-1078.
5. Caldellas AV, de Castro CC, Aboudib JH, Guimarães LA, Geissler P, Cedrola J. The polymethylmethacrylate effects on auricle conchal cartilage: report of 21 cases. *Aesthet Surg J* 2010 May-Jun;30(3):434-438.
6. Goldberg DJ. Breakthroughs in US dermal fillers for facial soft-tissue augmentation. *J Cosmet Laser Ther* 2009 Dec;11(4):240-247.
7. Maas CS, Bapna S. Pins and needles: minimally invasive office techniques for facial rejuvenation. *Facial Plast Surg* 2009 Nov;25(4):260-269.
8. Jones DH. Semipermanent and permanent injectable fillers. *Dermatol Clin* 2009 Oct;27(4):433-44, vi.
9. Carvalho Costa IM, Salario CP, Costa MC. Polymethylmethacrylate facial implant: a successful personal experience in Brazil for more than 9 years. *Dermatol Surg* 2009 Aug;35(8):1221-1227.
10. Cockerham K, Hsu VJ. Collagen-based dermal fillers: past, present, future. *Facial Plast Surg* 2009 May;25(2):106-113.
11. Bentkover SH. The biology of facial fillers. *Facial Plast Surg* 2009 May;25(2):73-85.
12. Sarnoff DS, Saini R, Gotkin RH. Comparison of filling agents for lip augmentation. *Aesthet Surg J* 2008 Sep-Oct;28(5):556-563.
13. Jewell ML. Tissue fillers: assessing the risks. *Aesthet Surg J* 2008 Jul-Aug;28(4):468-469.
14. Dayan SH, Bassichis BA. Facial dermal fillers: selection of appropriate products and techniques. *Aesthet Surg J* 2008 May-Jun;28(3):335-347.
15. Smith KC. Reversible vs. nonreversible fillers in facial aesthetics: concerns and considerations. *Dermatol Online J* 2008 Aug 15;14(8):3.

Al cumplir ese período es necesario a veces un retoque. Normalmente se emplean una a dos jeringas (1 a 3 cc). El procedimiento es sencillo y realizado en consultorio. Anestesia local mínima (frío local, cremas con lidocaína) o ninguna, con la inyección evitamos el reingreso a un quirófano, gastos de clínica, discusión sobre honorarios. Con los resultados logrados hay un importante grado de satisfacción. Al ser de bajo costo, puede repetirse las veces necesarias. El material permanente es el PMMA; el resto se absorbe.

RINODESVIACIONES GRAVES: REMODELACIÓN EXTERNA DEL SEPTUM Y OSTEOTOMÍAS MÚLTIPLES

César Nocito¹

1. Jefe Unidad Cirugía Plástica, Servicio Cirugía Plástica. Hospital General de Agudos "Ramos Mejía", CABA, Rep. Argentina.

RESUMEN

Objetivo. Corregir las desviaciones nasales severas en un solo acto quirúrgico combinando distintas técnicas apropiadas para cada tipo de rinoplastia y en función de la patología que presente cada paciente. Este trabajo busca: 1) modificar la reticencia del cirujano a desinsertar el cartílago septal por temor a no poder volver a reinsertarlo; 2) desmitificar el fantasma de que las osteotomías múltiples producen daño; 3) evitar en lo posible el uso de injertos óseos o cartilagosos en lugar de ostetomizar la zona y 4) propender al acceso de abordaje externo por permitir la visualización óptima de todas las estructuras de la nariz y no provocar cicatrización patológica en la mucosa endonasal.

Material y método. Se presentan los resultados quirúrgicos de 1.112 pacientes (720 varones y 392 mujeres) con diversas patologías nasales, intervenidos en el Servicio de Cirugía Plástica del Hospital Ramos Mejía, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, entre los años 1995 y 2010. De ellos, 842 fueron operados con técnicas quirúrgicas tradicionales y 270 con la técnica propuesta en este trabajo. Los pacientes fueron divididos en: grupo 1, accidentados; grupo 2, déficit respiratorio por secuelas de rinoplastia previa; grupo 3, fisurados, grupo 4, traumatismos profesionales y grupo 5, anomalías congénitas.

Resultados. La utilización de la vía externa en los 270 pacientes presentados arrojó un 98,78% de resultados funcionales y estéticos positivos, con la sola excepción de una paciente que presentó infección del colgajo cutáneo en la punta nasal con gran flogosis, que remitió a los 10 días de tratamiento con cefalosporinas. La desinserción y reinserción del cartílago septal arrojó buenos resultados funcionales y estéticos en 261/270 pacientes (96,7%) y en 9 casos el resultado no fue el esperado (supratip y falta de alguna osteotomía). La utilización de osteotomías múltiples arrojó excelentes resultados funcionales y estéticos.

Conclusión. La combinación de las técnicas propuestas aplicadas en los 270 pacientes arrojó un 100% de excelentes resultados funcionales y resultados estéticos altamente satisfactorios en 261/270 pacientes, mejorando los resultados obtenidos con las técnicas tradicionales.

SUMMARY

Objective. To correct severe nasal deviations in a single surgical procedure, combining several techniques appropriate for each type of rhinoplasty and adapted to the specific disorder of each patient. This study sought to 1) modify the surgeon's reluctance to detach the septal cartilage caused by the fear of not being able to reattach it, 2) demystify the notion that multiple osteotomies cause damage; 3) avoid (whenever possible) the use of bone or cartilage grafts instead of osteotomy of the area and 4) favor the external approach to allow for optimal visualization of all the nasal structures, thus avoiding pathological scarring of the endonasal mucosa.

Material and method. We present the surgical results in 1.112 patients (720 male and 392 women) with several nasal disorders, operated at the Division of Plastic Surgery of the Ramos Mejía Hospital in the city of Buenos Aires between 1995 and 2010. Of the total number of patients, 842 were operated using traditional surgical techniques and 270 with the technique proposed in this study. Patients were divided according to etiology in group 1: secondary to an accident, group 2: respiratory deficit caused by sequelae of prior rhinoplasty, group 3: fissures, group 4: work-related injuries and group 5: congenital anomalies.

Results. The use of the external approach in the 270 patients resulted in 98.78% of positive functional and cosmetic results, with the sole exception of one patient who suffered infection of the skin graft in the tip of the nose with marked inflammation, which resolved after 10 days of treatment with cephalosporins. Detachment and reattachment of the septal cartilage provided good functional and cosmetic results in 261/270 patients (96.7%); in 9 cases the cosmetic result was not expected (supratip and lack of any osteotomy). The use of multiple osteotomies offered excellent functional and cosmetic results.

Conclusion. The combination of the techniques proposed, applied in 270 patients, resulted in 100% of excellent functional results, as well as highly satisfactory cosmetic results in 261/270 patients, thus improving the outcome obtained until now with the use of traditional surgical techniques.

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo propone una técnica quirúrgica especial dentro del marco de la Cirugía Plástica y Reparadora de la nariz con especial aplicación en los pacientes que necesiten corregir una severa desviación de la pirámide nasal.

Dada la diversidad de patologías, la técnica es aplicable dentro de un marco de situaciones anatómicas y funcionales, que

deben indefectiblemente ser tomadas en cuenta. La técnica puede ser utilizada en:

- Rinodesviaciones que aparecen como secuelas de otras intervenciones quirúrgicas;
- Rinodesviaciones por desgastes mecánicos como el que manifiestan los boxeadores;
- Rinodesviaciones provocadas por accidentes (**Figura 1**);

- Rinodeformaciones que aparecen como secuelas de las fisuras labioleporinas;
- Rinodesviaciones provocadas por otras patologías congénitas, así como cualquier otro motivo que diera origen a un desvío nasal severo.

Corregir el desvío de la pirámide nasal es una tarea harto difícil para el cirujano, pues el profesional debe modificar la porción central de la pirámide nasal, contemplando las paredes laterales y el tabique osteocartilaginoso, debiendo por ello prever cómo al modificar uno de ellos no se altere la estética de los otros dos.

Numerosas técnicas, en uno o dos tiempos quirúrgicos, han sido implementadas para que al mejorar uno de los puntos anatómicos los otros dos no se vean alterados, siendo luego, la técnica de *Gubisch de Stuttgart (Alemania)*,¹ publicada en 1994, la que brindó los resultados quirúrgicos más satisfactorios para el tratamiento del septum cartilaginoso.

Basándome en dicha técnica, para el tratamiento del septum cartilaginoso, he encontrado una variante personal, que practico desde el año 1995 en los quirófanos del *Hospital Ramos Mejía*.



Figura 1. Paciente de 28 años con traumatismo nasal de 1 año y medio de evolución.

Se han propuesto aquí cuatro hipótesis de trabajo:

- **Primera:** acceder a la pirámide nasal por la vía marginal externa permite la perfecta visualización de todas las estructuras anatómicas.
- **Segunda:** el desinsertar el cartílago septal, remodelarlo y luego volver a reinsertarlo permite corregir las desviaciones de la porción cartilaginosa.
- **Tercera:** practicar osteotomías múltiples de las vertientes laterales y/o de la lámina perpendicular del etmoides o vómer no provoca derrumbe de la pirámide nasal.
- **Cuarta:** reponicionar las estructuras óseas alteradas por medio de osteotomías múltiples da resultados estéticos y funcionales superiores a los obtenidos por el camuflaje con injertos óseos o cartilaginosos.

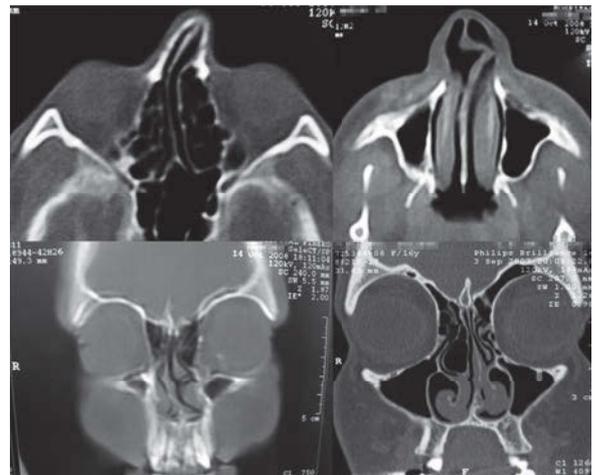


Figura 2. Tomografía computarizada, cortes axiales y coronales, que evidencian dos tipos de desviaciones septales.



Figura 3. Fotografía preoperatoria estándar, vistas frontal, medio perfil, lateral y caudal.

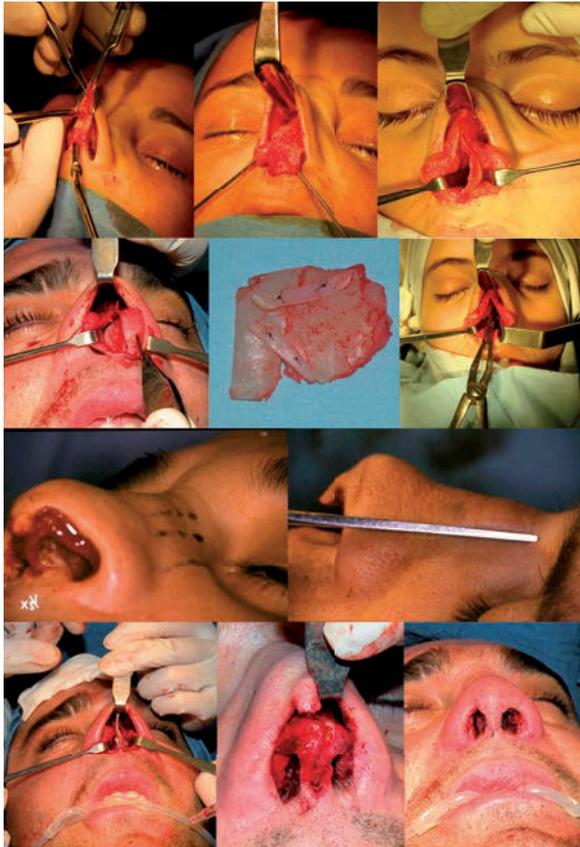


Figura 4. Aspectos de la técnica quirúrgica: A. Incisión transcolumnelar y disección de columela y punta. B. Disección de dorso y exposición de mucopericondrio. C. Exposición de septum. D. Resección de septum. E. Remodelación externa de septum. F. Osteotomía vomeriana. G y H. Osteotomías internas múltiples. I. Recolocación de septum remodelado. J. Cierre de lecho septal y remodelación de la punta. K. Cierre de piel.

MATERIAL Y MÉTODO

De un total de 1112 pacientes con desviaciones de la pirámide nasal tratados en el Servicio de Cirugía Plástica del Hospital Ramos Mejía, entre enero de 1995 y diciembre de 2010, 270 de ellos fueron tratados con la **remodelación externa del septum y osteotomías múltiples**. De ese total: 178 pacientes varones y 92 pacientes mujeres.

Solamente se operaron con anestesia local los pacientes que presentaban desviaciones cartilagosas y óseas menos complejas. La anestesia general fue necesaria para aquellos pacientes que presentaban además desviaciones de la lámina perpendicular del etmoides y/o vómer.

Todos los pacientes poseen:

- Examen clínico y semiológico completo.
- Estudios complementarios cardiológicos y de laboratorio.
- Estudios radiográficos de tórax y del tercio medio facial.
- Tomografía axial computada con cortes axiales y coronales (**Figura 2**).
- Fotos preoperatorias desde todos los ángulos (**Figura 3**).

- Firma del consentimiento informado.

Técnica quirúrgica

El abordaje se efectúa por la vía marginal de Rethi, lo que permite visualizar mejor todas las estructuras tanto cartilaginosas como óseas.

Se comienza la disección extramucosa con exposición del borde dorsal del cartílago septal. Se separan ambos cartílagos laterales del dorso cartilaginoso y para ello se incide longitudinalmente a ambos lados del septum, los triangulares quedan en continuidad con ambos lados del mucopericondrio que recubre el cartílago cuadrangular. Se continúa legrado el septum hacia abajo y hacia atrás hasta encontrar los rebordes óseos del vómer y lámina perpendicular del etmoides respectivamente. Una maniobra bastante dificultosa es la liberación del cartílago septal del canal vomeriano.

Al extraer el septum de su lecho anatómico se ha observado que algunas de las diversas concavidades y convexidades en distintas localizaciones del cartílago se disimularon, lo que llevó a afirmar que el cartílago que había sufrido un trauma perdió el llamado **derecho a domicilio**, ya que al querer reimplantarlo, éste excede en casi todas sus medidas por lo que reintroducirlo es imposible. Se puede establecer que si sus dimensiones están alteradas, no se puede actuar sobre un cartílago con procedimientos menores tradicionales (que mejoran o no la función, pero no así la rinodeseviación). El cartílago extraído se sumerge en solución fisiológica, dejándolo en la mesa de instrumental.

A partir de este momento se tratan las distintas porciones óseas –espina nasal anterior, vómer o lámina perpendicular del etmoides– con osteotomías o aún pequeñas osteotomías; si es necesario extraer giba ósea, se realiza en este momento.

A continuación se procede a efectuar las osteotomías laterales en las vertientes laterales; generalmente se realizan dos o tres en el lado convexo y una o dos en el lado cóncavo, comenzando éstas siempre por la superior para finalizar con la osteotomía basal tradicional.

Ya posicionada la pirámide ósea, se remodela el cartílago septal hasta lograr que esté lo más alineado posible, introduciéndolo en su lecho, pudiendo efectuarse alguna pequeña modificación hasta que quede perfectamente ubicado.

Ahora se está en condiciones de fijar el cartílago septal en posición correcta, previa regularización de ambos cartílagos triangulares. Esta fijación se realiza en la zona del dorso con tres puntos de vicryl 5/0.

En este momento se procede a efectuar el tratamiento estético de los cartílagos alares respetando siempre la mucosa endonasal, fijando ambos alares entre sí con puntos de sutura interdómicos e intradómicos para lograr la buena definición de la punta.

Se constata el aspecto estético de la pirámide nasal, procediendo a la sutura de la incisión marginal con puntos separados de nylon monofilamento 6/0. Se efectúa el taponaje endonasal –habitualmente con gasa vaselinada– dejándolo por 5 días (**Figura 4**).

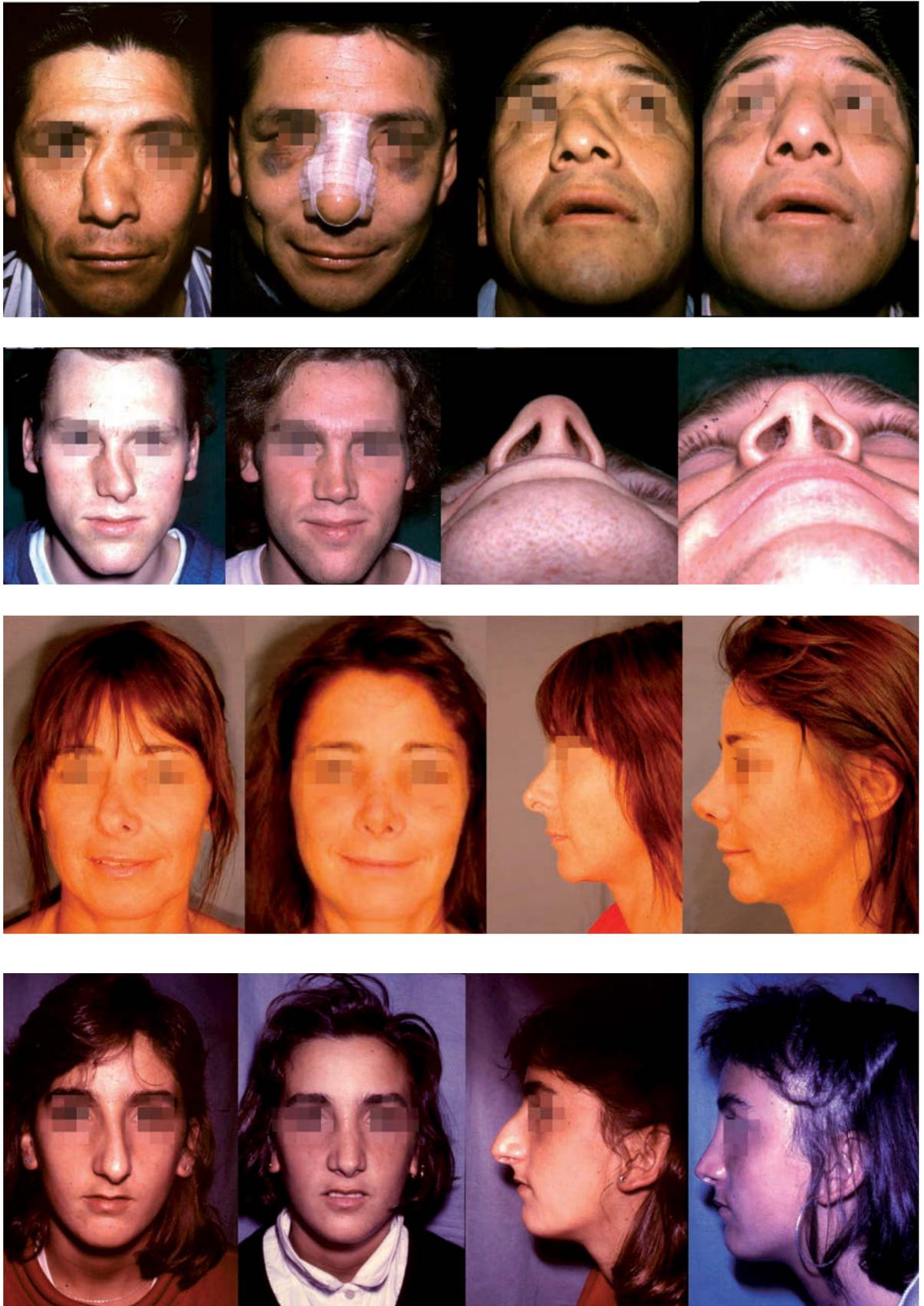


Figura 5. Aspectos preoperatorios y posoperatorios de diversos tipos de deformidades nasales (continúa).



Figura 5. Aspectos preoperatorios y posoperatorios de diversos tipos de deformidades nasales (continuación).

CONCLUSIÓN

Es innegable que las técnicas tradicionales mejoran la función en casi todos los casos y la estética en un menor porcentaje; en cambio, la técnica propuesta ha mejorado en todos los casos tanto la función como la estética especialmente en lo que a desviaciones óseas se refiere (Figura 5).

BIBLIOGRAFÍA

- Gubisch W. The extracorporeal Septum Plasty: A technique correct difficult nasal deformities. *Plast Reconstr Surg* 1995;95:672-682.
- Trendelenberg F. *Nasenplastik und Sonstige Gsichtsplastik* Kabitzsch. Leipzig, 1931.
- Joseph J. *Handbuch und Speziellen Cirir* Katz, Berlín, 1912.
- Blair V. Nasal abnormalities. *Surg Gynecology and Obstetrics* 1931;53:797.
- Metzembaum M. Replacement of the lower end of the dislocated septal cartilage. *Archi Otolaryng* 1929;19:282.
- Maliniac J. Correction of the facial deformities with special reference to the rhinoplasty *Laryngoscope* 1930;40:495.
- Becker O. Problems of the septum in rhinoplastic surgery. *Arch Otolaryng* 1951;53:622.
- Smith F. *Plastic and Reconstructive Surgery* Philadelphia, Saunders, 1950.
- Steffensen W. Reconstruction of the nasal septum. *Plastic and Reconstructive Surgery* 1947;2:66.
- Fomon S, et al. Ventral deflections of nasal septum *Arch Otolaryng* 1951;54:536.
- King E, Ashley F. The correction of the internally and externally deviated nose *Plast Reconstr Surg* 1952;10:116.
- Vilar Sancho B. Rinoseptumplastia. *Aesth Plast Surg* 1984;8:61-65.
- Rees T. Surgery correction of the severely deviated nose by extramucosal excision of the oseocartilaginous septum and replacement asa free graft *Plast Reconstr Surg* 1986;78:320-330.
- Padovani I. *The Art of Aesthetic Plastic Surgery*. Brown and Company. Volumen I. 1989.
- Oneal R. *Anatomía quirúrgica de la nariz. Clínicas en Cirugía Plástica*. Volumen 23 N°2. 1966.

En dos casos persistió la desviación ósea por falta de alguna de las osteotomías, y en seis pacientes se observó un *sur-pratip* al desinflamar los tejidos.

Por otro lado, la curva de aprendizaje de esta técnica es mayor que en las técnicas tradicionales, debido a la mayor movilización de las estructuras nasales permitiendo su realización por cirujanos más experimentados, siempre bajo la supervisión de un tutor.

16. Giacomotti J. Atlas Anátomo Quirúrgico Nasal. Editorial Akadia. Buenos Aires. 2003.
 17. Sheen JH. Aesthetic rhinoplasty. St Louis, Mosby, 1987.
 18. Rowe y Williams. Maxilofacial Injuries Editorial Williams. Volumen II 1994.

Otros

- Gubisch W, Constantinescu M. Refinements in Extracorporal Septoplasty. *Plast Surg.* 1999;98;1131-1139.

- Gubisch W. Das Schwierige Septum. *H.N.O.* 1988;36:286.
- Gunter J, Rohrich R. Management of the deviated nose. The importance of septal reconstruction. *Clin Plast Surg* 1988;15:43.
- Mantovani M, Mazzola R, Cioccarelli M. The back and forth septoplasty. *Plast Reconstr Surg* 1996;97:40.
- Rohrich R, Hollier L. Use of spreader grafts in the external approach to rhinoplasty. *Clin Plast Surg* 1996;23:255.



Dermatología y Estética



Creaciones magistrales de excelencia

Asesoramiento constante por idóneos profesionales altamente capacitados.



MOU Cicatrizan®



Crema regeneradora que evita la formación de cicatrices hipertróficas y queloides. Sus activos novedosos promueven una perfecta cicatrización.

PEELINGS

MESOTERAPIA

ELECTROPORACIÓN

MASTOPEXIA. COMPARACIÓN DE TRES TÉCNICAS QUIRÚRGICAS

Héctor Lanza¹, John G. Jones¹, Jhonatan Vázquez¹

1. Hospital Eva Perón de San Martín. Provincia de Buenos Aires, Rep. Argentina.

RESUMEN

Antecedentes. La mastopexia es considerada un procedimiento quirúrgico que tiene un resultado temporal. Para evitar este resultado temporal por el descenso del CAP, se decidió la colocación de una malla de silicona revestida de poliuretano reabsorbible, la cual tuvo mucho éxito funcional y demostró ser segura sin presentar alteraciones histológicas en la glándula mamaria.

Métodos. Las mamas sometidas a estas cirugías fueron estudiadas mecánica e histológicamente extrayendo la malla de silicona revestida de poliuretano para su estudio.

Resultados. Se compararon 30 pacientes con ptosis mamaria sometidas a 3 diferentes técnicas quirúrgicas. Se obtuvo al cabo de 3 años con las técnicas convencionales una recidiva de la ptosis a los 6 meses del 60% y a los 9 meses del 40%; en el caso de la pexia con suspensión fascial, hubo una recidiva del 20% a los 9 meses y de 50% a los 12 meses, del 10% a los 15 meses y en un 20% no hubo recidiva; en el caso de la pexia con malla se obtuvo un 100% de ausencia de ptosis. En el estudio histopatológico de la malla se observó que no hay alteraciones en el tejido mamario, que el poliuretano de la malla se reabsorbe al lapso de 2,5 a 3 años quedando la malla de silicona y que la misma induce sólo la formación una capa de tejido colágeno que en conjunto con la malla aumenta la rigidez y la fuerza tensil por lo que favorece a la permanencia la glándula mamaria en su posición. El plano de colocación retroglándular de la malla evita las alteraciones a nivel de la piel.

Conclusión. La malla de silicona recubierta de poliuretano y su colocación retroglándular posee las características mecánicas apropiadas para mantener la glándula mamaria en la posición adecuada durante el tiempo sin causar alteraciones glandulares y cutáneas.

INTRODUCCIÓN

La ptosis mamaria corresponde a una alteración estética que sufre la glándula mamaria y que conlleva un descenso de la mama por debajo del pliegue inframamario. Desde el punto de vista estético, la ubicación normal del complejo areola pezón (CAP) está determinada por la distancia entre la fosa supraesternal y el pezón, cuyos valores oscilan entre 19 a 21 cm en posición de pie; el cono mamario debe presentar una leve desviación hacia el cuadrante ínfero externo a una altura entre el 5to y 7mo espacio intercostal. Estas medidas estándar están en relación directa con las dimensiones corporales de la mujer y por ello presentan una variabilidad extraordinaria. Dentro de las estructuras de sostén de la mama, se destacan la piel, que es delgada, elástica y flexible; el sistema fascial superficial, constituido por la fascia superficial y profunda que rodea a la glándula mamaria; y los ligamentos de Cooper, que fijan el tejido mamario a la piel que la recubre. Estos ligamentos están situados en la capa de tejido conectivo subdérmico, conectando la dermis por medio de tabiques fibrosos con las crestas glandulares. El sistema fascial superficial puede ser utilizado para la suspensión de heridas con tensión alta y para procedimientos de remodelado mamario como la cirugía reductiva y pexia mamaria. La ptosis mamaria se produce como consecuencia de fenómenos fisiológicos como el envejecimiento y la gestación o bien secundaria a procesos patológicos como la hipertrofia mamaria, hiperplasia mamaria y la obesidad. La piel cobra especial importancia ya que sufre alteraciones

como el alargamiento progresivo tanto en el polo superior como en el polo inferior de la mama, dando como resultado la acumulación del tejido glandular en el polo inferior. En las mamas de tamaño normal o las hipoplásicas, dicha elongación cutánea se produce como consecuencia del envejecimiento cutáneo, mientras que en la hipertrofia mamaria, además del envejecimiento cutáneo, se suma el efecto de la gravedad y peso de la mama que provoca distensión cutánea. Este proceso de distensión se produce en el embarazo y en las fluctuaciones de peso con variaciones en el volumen mamario. El objetivo de este trabajo es la presentación de una técnica nueva con 2 variantes, las cuales se realizan a través de un abordaje periareolar superior, e inclusión del implante mamario. En la primera se realizan puntos de fijación que toman el parénquima glandular en su extremo superior y lo fijan a la fascia pectoral a la altura de la 2da costilla. En la segunda, mediante la utilización de una malla de poliuretano que se fija a la cara posterior de la glándula mamaria y de ésta a la fascia pectoral, como técnica quirúrgica en el tratamiento de la ptosis mamaria leve a moderada (Grados I, II, III), exponiendo los beneficios estéticos de la misma, estimando las posibles complicaciones, y evaluación en un lapso de 2 años de la persistencia del complejo areola pezón en la posición estipulada.

PACIENTES Y MÉTODOS

El trabajo se desarrolla en el Servicio de Cirugía Plástica del Hospital Eva Perón de San Martín, de la Provincia de Buenos

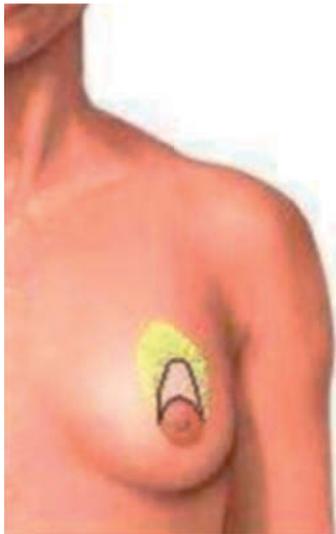


Figura 1. Marcación. La medialuna es el área a desepidermizar.

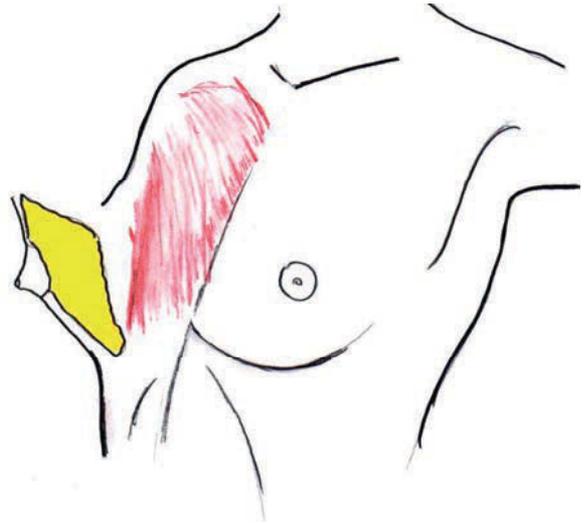


Figura 2.

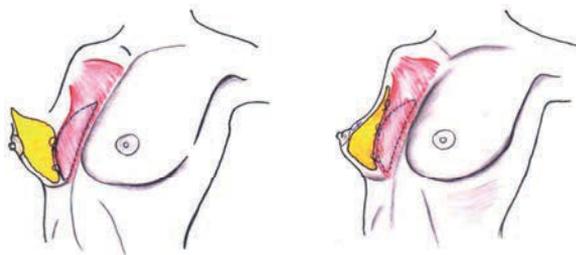


Figura 3.

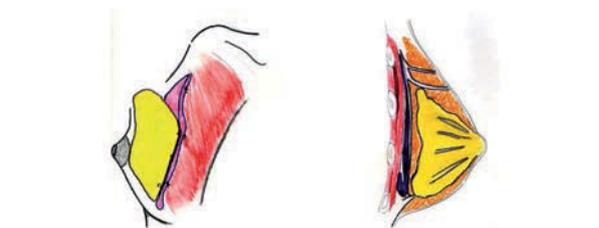


Figura 4.



Figura 5.

Aires, durante el período noviembre de 2007 a noviembre de 2011. Los criterios de inclusión son: pacientes con ptosis mamaria grados I, II, III a través del examen físico, glándulas mamarias libres de enfermedad, edades comprendidas entre los 21 y 60 años, con responsabilidad legal. Se excluyen los pacientes con patología mamaria, ptosis mamaria grado IV, bajo tratamiento clínico o quimioterápico que ponga en riesgo la salud y vida de la paciente, con antecedentes de tratamiento quirúrgico mamario previo.

Marcación prequirúrgica

Paciente en posición de pie, se realizará marcación de la distancia que existe entre el hueso supraesternal y el complejo areola pezón (CAP/HSE derecho e izquierdo). Se realizará la marcación que corresponde a la distancia que se desea su-

bir el CAP tratando de realizar una medialuna peri areolar superior de aproximadamente 2 cm, correspondiente al área a desepidermizar (Figura 1).

Incisión

Se realiza maniobra de desepidermización de Schwarzman de la medialuna periareolar superior. Luego, incisión periareolar superior y disección glandular en sentido cefálico a 1,5 cm por debajo de la piel hasta identificar la fascia pectoral superficial. Confección de bolsillo retroglandular amplio y colocación de implante mamario de gel de silicona con superficie texturizada o de poliuretano (cuyo volumen se determinará por las condiciones anatómicas de la paciente y su conformidad) (Figura 2).

Se realizará pexia mamaria mediante dos variantes. En la primera se realizan puntos de fijación que toman el parénquima glandular en su extremo superior y lo fijan a la fascia pectoral a la altura de la 2da costilla. En el caso que esté acompañada de inclusión de prótesis mamaria, se realizan puntos de fijación desde la cara posterior de



Figura 6.



Figura 7.

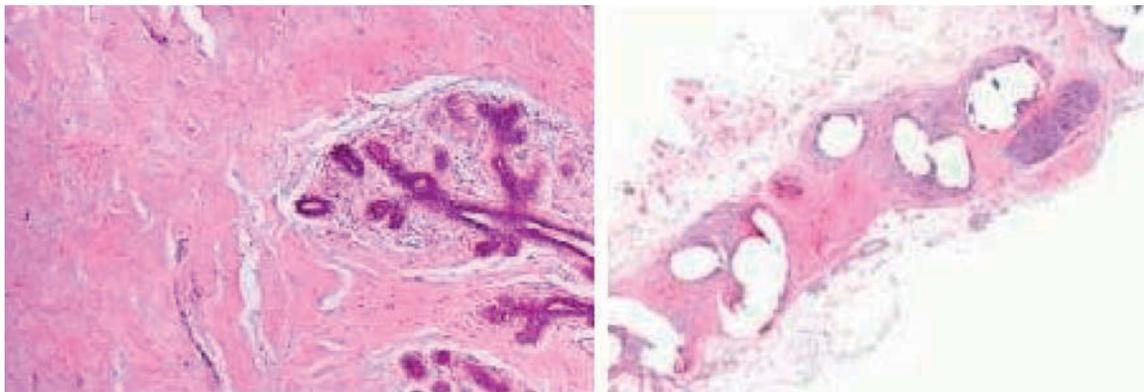


Figura 8. Izq.: tejido mamario normal. Der.: malla rodeada de tejido colágeno.

la glándula a la fascia del pectoral a la altura de la 2da, 4ta y 6ta costilla combinándolo con la utilización de un implante retromuscular en los casos que así lo requieran (Figura 3).

En la segunda variante, después del mismo procedimiento de incisión, despidermización y disección del bolsillo retroglandular, se utiliza una malla de poliuretano que se fija a la cara posterior de la glándula mamaria por tres hileras de tres puntos cada una, luego se tracciona la glándula con la malla y posteriormente se ancla a la fascia del pectoral. Los puntos de fijación se realizará con suturas irreabsorbibles de 3/0 y se completa el cierre por planos con suturas reabsorbibles 3/0 – 4/0 y piel con puntos en U tipo *bloquers* con suturas de nylon monofilamento 5/0 (Figura 4).

RESULTADOS

Se compararon los diferentes parámetros producidos por los resultados de las tres diferentes técnicas para pexia mamaria, que arrojaron los siguientes resultados:

En las pexias convencionales, la dehiscencia se produjo en 3 de los casos, la cicatriz inestética en 2, la asimetría mamaria en 1, la asimetría del CAP en 6, la recurrencia de la ptosis en 6 meses en 6, la recurrencia de la ptosis en 9 meses en 4 casos, el sentimiento de conformidad en 9, y el de muy conforme en 1 caso (Figura 5).

En las pexias con suspensión fascial, no se registraron casos de dehiscencia, la cicatriz inestética se dio en 2 casos, la asimetría mamaria en 2, la asimetría del CAP en 4, la re-

currencia de la ptosis en 6 meses en 0, la recurrencia de la ptosis en 9 meses en 2 casos, la recurrencia de la ptosis en 12 meses en 5, la recurrencia de la ptosis en 15 meses en 1, la ausencia de recurrencia de la ptosis en 2, el sentimiento de conformidad en 5, y el de muy conforme en 5 casos (Figura 6).

En las pexias con malla la dehiscencia fue en 0 de los casos, la cicatriz inestética en 0, la asimetría mamaria en 1, la asimetría del CAP en 1, la recurrencia de la ptosis en 6 meses en 0, la recurrencia de la ptosis en 9 meses en 0 casos, la recurrencia de la ptosis en 12 meses en 0, la recurrencia de la ptosis en 15 meses en 0, la ausencia de recurrencia de la ptosis en 10, el sentimiento de muy conforme en 10 casos (Figura 7).

Histología

El resultado del estudio histopatológico en la mitad de los casos de pexia con malla fue el mismo a los 3 años observándose así el tejido mamario normal, reabsorción total del poliuretano, y formación de tejido colágeno alrededor de la malla, fascia y unión a la cara posterior de la glándula mamaria (Figura 8).

CONCLUSIONES

Como ya habíamos señalado, la pexia mamaria con técnicas convencionales no es una cirugía con resultados permanentes sino temporales. Al compararla con dos técnicas experimentales se evidenció una disminución en las complicaciones propias de este tipo de cirugía y la recurrencia de la ptosis ma-

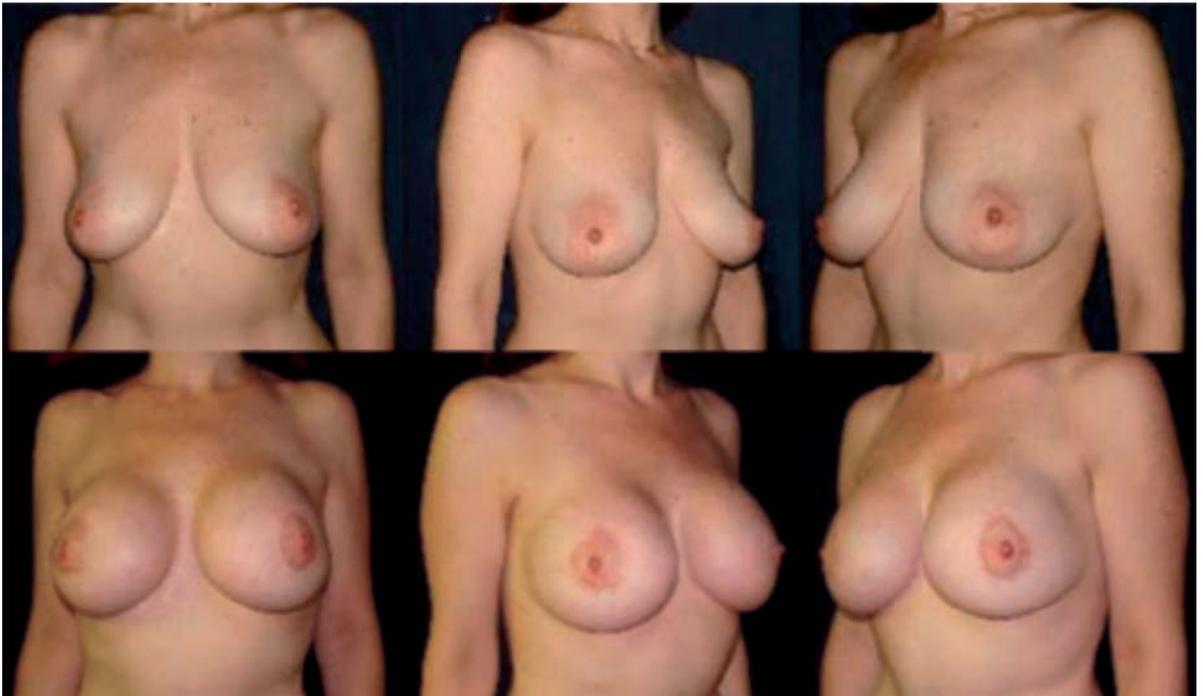


Figura 9. Arriba. Preoperatorio. Abajo. Resultado a dos años.



Figura 10. Arriba. Preoperatorio. Abajo. Resultado a dos años.

maria durante el tiempo en el caso de la pexia con suspensión fascial, y una ausencia de la recurrencia en el caso de la pexia con malla. Se observó también en el estudio histopatológico de la malla que no hay alteraciones en el tejido mamario, que el poliuretano de la malla se reabsorbe al cabo de 2,5 a

tres años quedando la malla de silicona y que la misma induce sólo la formación una capa de tejido colágeno que en conjunto con la malla aumenta la rigidez y la fuerza tensil, lo cual favorece la permanencia de la glándula mamaria en su posición (Figuras 9, 10, 11).



Figura 11. Resultados de la pexia mamaria con técnicas convencionales y dos técnicas experimentales (con suspensión y con malla).

BIBLIOGRAFÍA

- Benelli L. Peri areolar mammoplasty: Round Bock technic. *Aesthetic Plast Surg* 1990;14:99.
- Cirugía plástica reparadora y estética. EMC París 1999
- Cunningham B, Lokeh A, Gutowsky K. Saline-filled breast implant safety and efficacy: a multicenter retrospective review. *Plast Reconstr Surg* 2000;105:2143.
- Eiseman G. Augmentation mammoplasty by transaxillary approach. *Plastic Reconstr Surg* 1974;54:229.
- Georgiade. *Aesthetic Surgery of the Breast*. Ed Saunders Philadelphia, 1990.
- Grabb and Smith. *Plastic Surgery*. Ed LittleBrouwn, Boston/Toronto/London, 1992.
- Heinz Bohmert. *Plastic and reconstructive surgery of the breast*, Christian Gabka. Ed Thieme. New York 1997.
- Hidalgo A. Breast aumtation: choosing the optimal incision, implant, and pocket plane. *Plast Reconstr Surg* 2000;105:2202.
- McCarthy JG. *Plastic Surgery*. vol. 6. Ed W. B. Saunders. Philadelphia, 1990.
- Tabetts JB, Tabetts TB. *The breast*. Ed Cosmetexpertise, Dallas, 1999.
- Stromberk JO, Rosato JE. *Surgery of the Breast*. Ed Thieme. New York 1992.
- Lejour M. Vertical mammoplasty and liposuction of the breast. *Plast Rec Surg* 1994;94:100.
- Lejour M. Vertical mammoplasty: early complications after 250 personal consecutive cases. *Plast Reconstr Surg* 1999 Sep;104(3):764-770.
- Ann Plast Surg* 2000 Feb;44(2):125-133.
- Rohrich RJ. Approves saline-filled breast implants: What does this linear for our patients. *Plast Reconstr Surg* 2000;106:9030.
- U.S. Food and Drug Admimnistration Breast Implant Complications 2000.
- U.S. Food and Drug Administration Breast Implants 2000.
- Which technique for which breast? *Br J Plast Surg* 1999 Jan; 52 (1):52-59.
- Lockwood TE. Superficial fascial system (SFS) of the trunk and extremities: A new concept. *Plast Reconstr Surg* 1991;87:1009.

RADIOLESIÓN DE PARED TORÁCICA: REPARACIÓN CON COLGAJO DEL MÚSCULO PECTORAL MAYOR

RADIODAMAGE OF THORACIC WALL: REPAIR WITH PECTORALIS MAJOR MUSCLE FLAP.

José Héctor Soria¹, Alejandro A. Tuero², Claudio Gustavo Conde³

1. Cirujano Plástico. Docente del Curso Superior de Especialización en Cirugía Plástica de la SACPER. 2. Cirujano Plástico. Egresado del Curso Superior de Especialización en Cirugía Plástica de la SACPER. 3. Cirujano Plástico. Docente de la Carrera de Especialización en Cirugía Plástica de la USAL. Servicio de Cirugía Plástica del Hospital de Oncología "Marie Curie". CABA, Rep. Argentina.

Correspondencia. Dr. José Héctor Soria jscp@telecentro.com.ar

RESUMEN

Los daños severos de la pared torácica secundaria al tratamiento radiante del cáncer mamario, a pesar del avance tecnológico, todavía se observan debido a lesiones crónicas, de más de 25 años de evolución. Los autores presentan un caso clínico donde se usó para su reparación, a la mama remanente, con una técnica que tiene puntos en común con la practicada por Héctor Marino en el año 1953.

Palabras claves: radionecrosis, pared torácica, colgajo pectoral mayor.

SUMMARY

Severe damage of thoracic wall secondary to mammary cancer radiant treatment, still it is see, more than 25 years of evolution. The authors to show a case restored with other breast, similar as Argentine Master Surgeon Hector Marino executed in 1953.

Key words: radionecrosis, thoracic wall, pectoralis major flap.

INTRODUCCIÓN

La radioterapia, una adyuvante en el tratamiento del cáncer de mama, actúa sobre las células y destruye su capacidad de proliferación. En este aspecto, no existe diferencia entre los rayos gamma, los rayos X o el haz de electrones; lo que los diferencia es su penetrabilidad.

La desvitalización de los tejidos producida por la microangiopatía inducida por las radiaciones generalmente desemboca en la necrosis de los tejidos sanos, cuando menos en una fibrosis excesiva. La neumonitis actínica es generalmente asintomática.¹

La radiodermatitis o radiodistrofia comprende varias alteraciones cutáneas que van desde un eritema de pocos días de duración hasta una radionecrosis tardía, pasando por atrofia, telangiectasia y queratosis.^{2,3}

La necrosis de la piel producirá una úlcera dolorosa que no evoluciona hacia la curación espontánea, sino que más bien conlleva un riesgo de transformación neoplásica.⁴

Las complicaciones menos deseadas son las que involucran al esqueleto osteocondro-costal, por su implicancia en la fisiología respiratoria, y a las vísceras endotorácicas.⁵

Las lesiones que abarcan parte o todo el espesor de la pared torácica pueden progresar en forma crónica, a lo largo de varios años.

La publicación del presente artículo, tiene por objetivo, a través de la exposición y resolución de un caso clínico complejo, honrar la figura del Cirujano Maestro Dr. Héctor S. Marino, quien fuera Jefe del Servicio de Cirugía Plástica de nuestro Hospital, entre los años 1959 y 1970 (**Figura 1**).



Figura 1. Cirujano Maestro Dr. Héctor S. Marino, en 1994, cuando se desempeñaba como Director de la Carrera de Especialización en Cirugía Plástica de la Universidad del Salvador.



Figura 2. Úlceras dolorosas y secretantes sobre una zona de radiodistrofia secundaria al tratamiento radiante del cáncer mamario.

MATERIAL Y MÉTODO

Caso clínico

La señora GBL, de 76 años, sufre una quemadura en tórax y abdomen, por agua hirviendo, el 17 de mayo de 2007. Es recibida en el Hospital de Quemados, presentando el 5% de superficie quemada. No obstante el exitoso tratamiento recibido, subsisten 5 mm sin epitelizar que corresponden a un trayecto fistuloso con dos bocas, por donde drena una secreción seropurulenta y es espontáneamente dolorosa.

Por ecografía (7-9-07) se confirma la presencia de una fístula cutánea vinculada a una pequeña colección de 5 × 5 mm, adyacente –a 5 mm– a un cartílago costal.

El análisis bacteriológico de la secreción informa la presencia de *Pseudomonas aeruginosa*, que resulta sensible a quinolonas. La centellografía con tecnecio 99 (10-9-07) revela hipercaptación en el tercio inferior del borde derecho del esternón.

Se solicita biopsia ósea y ante la posibilidad de un secundarismo de su cáncer mamario, es derivada a nuestro Hospital, el 12 de septiembre de 2007.

En su admisión al Hospital de Oncología “Marie Curie” (13-9-07), refiere haber sido mastectomizada, por un carcinoma de mama derecha, con la técnica de Madden, operación realizada en el Sanatorio San José de la Ciudad de Buenos Aires, en el año 1971. Como tratamiento adyuvante recibió cobaltoterapia, en dosis y cantidad total que no supo precisar.

Es examinada en ateneo de tumores, en conjunto con los Servicios de Oncología, Traumatología, Infectología, Nutrición, Kinesiólogía, Diagnóstico por Imágenes, Cirugía de Tórax y Cirugía Plástica. Luego de los estudios realizados, se concluye que la lesión de la pared torácica está causada por el efecto tardío de la terapia radiante recibida. Por su probable osteomielitis del esternón, se comienza con ciprofloxacina y se indica el tratamiento quirúrgico (Figura 2).

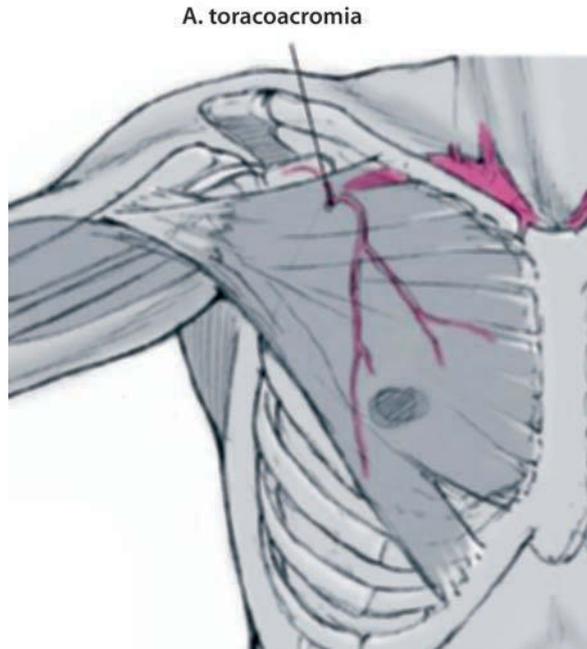


Figura 3. Los vasos sanguíneos y el nervio penetran al músculo por su cara posterior.

De común acuerdo, los Servicios de Cirugía de Tórax y de Cirugía Plástica de nuestro Hospital deciden su intervención, con el siguiente plan quirúrgico:

1. Resección de tejidos blandos lesionados.
2. Eliminar la colección purulenta y su comunicación fistulosa.
3. Resección del esqueleto esterno-condro-costal que tuviera su vitalidad comprometida.
4. Reparar la pared ósea, si fuera necesario.
5. Cubrir el lecho cruento con un colgajo que contenga al músculo pectoral mayor contralateral.
6. Utilizar la mama izquierda como cubierta cutánea.

Base anatómica

El músculo pectoral mayor (*M. pectoralis major*) cubre gran parte del hemitórax superior. Tiene su origen en la rugosidad externa del surco intertubercular del húmero y se inserta en la mitad medial de la clavícula (parte clavicular); cara anterior del esternón y cartílagos costales del 1° al 6° (parte esternocostal) y las aponeurosis de los músculos oblicuo externo y recto del abdomen (parte abdominal). Su irrigación principal está provista por la rama pectoral de la arteria toracoacromial, rama de la arteria axilar, que penetra por su cara posterior a la altura de la línea medio-clavicular. Está inervado por los nervios pectorales medial y lateral, ramos del plexo braquial^{6,7} (Figura 3).

De acuerdo con la orientación de sus fibras, tiene como función la rotación medial del hombro, la flexión del hombro, la extensión del hombro desde la flexión, la aproximación del brazo, e interviene, en forma accesoria, en la inspiración, al levantar el brazo.



Figura 4. Marcación sobre piel de los tejidos lesionados a reseca en el lado derecho y de las incisiones para acceder al músculo pectoral mayor izquierdo.

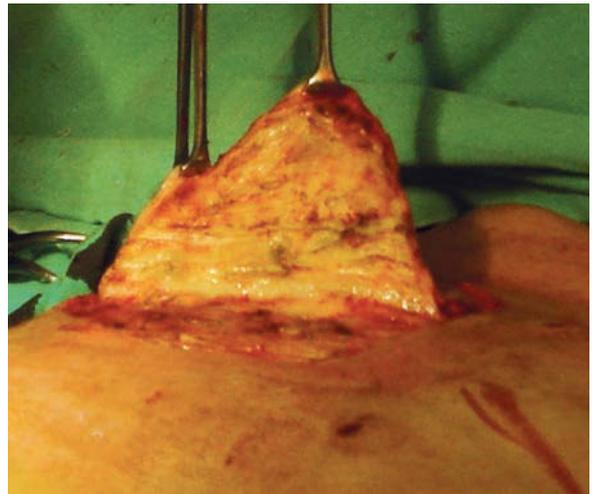


Figura 5. Resección de la cubierta cutánea distrófica.

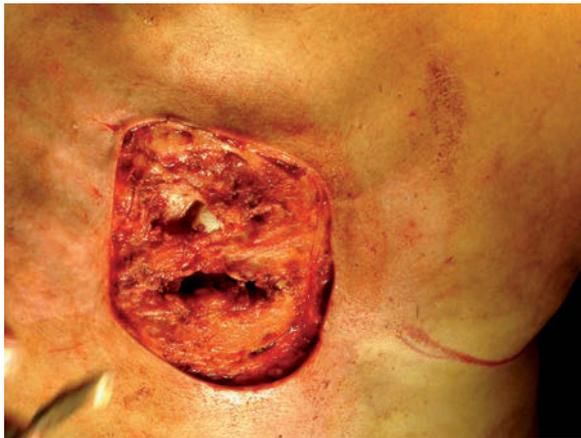


Figura 6. Lecho cruento residual a la escisión cutánea y a la resección parcial de la tercera costilla y del cuarto cartílago costal necrosados.



Figura 7. En la pared anterior de axila izquierda, sección del tendón de inserción humeral del pectoral mayor.

Pertenece al grupo V, con un pedículo dominante y pedículos segmentarios secundarios (Mathes y Nahai, 1981). Tiene un buen arco de rotación basado en el pedículo dominante, localizado en la cintura escapular.

Técnica quirúrgica

El 28 de noviembre de 2007 se conformaron dos equipos quirúrgicos. En la etapa resectiva participaron los cirujanos de tórax Dres. Fernando Blasco y Eduardo A. Sabelli. El tiempo reparador estuvo a cargo de los cirujanos plásticos Dres. Juan J. Lagomarsino, Claudio G. Conde y Graciela C. Fioravanti.

En el hemitórax derecho se delimita la piel con radiodermatitis que debe ser reseca; en el hemitórax izquierdo se marca el surco submamario y en axila se identifica el tendón de inserción del M. pectoral mayor (Figura 4).

Los cirujanos de tórax escinden un "medallón" de piel de 12 × 12 cm y extirpan parte de la 3ª costilla y el 4º cartílago costal que estaban necrosados mediante un acceso subperióndrico y subperióstico; la resección permanece en un plano extrapleurales (Figuras 5 y 6).

Simultáneamente, el equipo responsable de la reparación, ubicado en el lado izquierdo de la paciente, procede a la división del tendón del M. pectoral mayor⁶ (Figura 7).

Una vez terminada la resección de los tejidos desvitalizados y haber comprobado que no es necesario reconstruir el esqueleto torácico por parte de los cirujanos de tórax, los cirujanos plásticos se distribuyen ocupando ambos lados del campo quirúrgico.

A través del abordaje submamario, se diseña por su cara profunda al músculo pectoral mayor, de medial hacia lateral. Se empieza liberándolo de las inserciones de las partes esternocostal y abdominal, avanzando hacia arriba y afuera por un espacio de fácil disección y dejando la pared torácica y al músculo pectoral menor (*M. pectoralis minor*) por debajo; se toman los recaudos necesarios para no lesionar el pedículo vascular principal que, recordemos, penetra por su cara posterior, a la altura de la línea medio-clavicular.

Luego de que el músculo queda suelto por ambos extremos, manteniendo su inserción en la parte clavicular, se lo rota y avanza en el sentido de las agujas del reloj, hasta llegar a cubrir el lecho cruento, adonde se lo fija⁶ (Figura 8).

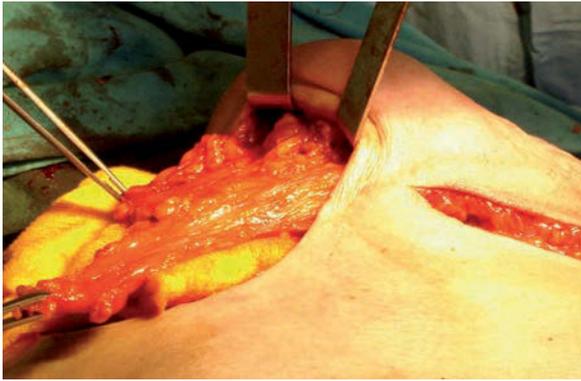


Figura 8. Diseción y avance contralateral del músculo para cubrir el lecho cruento.



Figura 9. Avance y rotación de la mama remanente para completar la reparación de la zona radiolesionada.



Figura 10. Posoperatorio inmediato, a la semana, con los puntos en ambos lados del tórax aun sin retirar.



Figura 11. Control alejado, a los 2 años. Paciente libre de enfermedad.

El músculo, en su rotación y avance, transporta a la mama ipsilateral, que reproduce idéntico movimiento; ésta será necesaria para completar la reparación del hemitórax radiolesionado sin el concurso de un injerto de piel (**Figura 9**).

Se cierra por planos, dejando drenaje aspirativo por contraabertura sobre línea axilar media izquierda.

Se cubre con apósitos acolchados y se indican antibióticos, analgésicos y reposo en posición semisentada.

RESULTADO

El plan propuesto ha tenido resolución satisfactoria. La colección purulenta, los tejidos lesionados y desvitalizados, fueron eliminados. No fue necesario reconstruir el esqueleto torácico. Salvo un pequeño esfacelo en el extremo distal del colgajo, no hubo hematoma ni infección (**Figura 10**).

En el control por tomografía axial computada de tórax, realizado a los cuatro meses (5-4-08), no se encuentran signos positivos patológicos.

En el examen a los 2 años, se observa un colgajo estabilizado, sin reproducción de signos de radionecrosis, en una paciente libre de enfermedad mamaria, quien manifiesta una gran aceptación de su reparación torácica (**Figura 11**),

DISCUSIÓN

La radioterapia, única o combinada con cirugía, ha sido y es aún un medio aceptado para atacar al cáncer. Dentro de las neoplasias sensibles, se encuentra el carcinoma de la glándula mamaria.

El efecto de las radiaciones sobre los tejidos sanos tiene variadas formas de presentación, y se manifiestan dentro de un amplio rango de tiempo, que se extiende desde los 4 meses hasta los 27 años⁸.

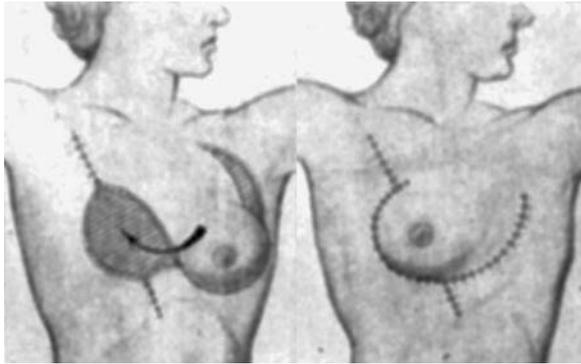


Figura 12. Esquema de la técnica de Sauerbruch (Berlín, 1925) para la reparación de la pared torácica.

A pesar de los avances tecnológicos en materia de aparatología, debemos estar preparados para atender casos clínicos como el que presentamos, cuya lesión crónica puede eclosionar después de 31 años de permanecer aparentemente inactiva.

Sin lugar a duda, la quemadura ha sido la causa que rompió el equilibrio biológico logrado durante tres décadas. De no haber existido la infección agregada, producida por un germen hospitalario, la secreción hubiera sido la consecuencia de la eliminación del tejido radiomortificado (“secuestro”), la denominada escisión de la herida, ya advertida por Leonardo Botallo en el siglo XVI (*De Curandibus Vulneribus Sclopetorum*. Venecia, 1560).⁹

Precisamente, con la intención de acelerar la eliminación de tejidos necróticos para consumar la detersión biológica, H. Marino (1961) preconizaba la utilización de un colgajo que tuviera un rico aporte vascular, para cubrir la lesión.

Como precedente al caso expuesto por nosotros, el Dr. Marino, para reparar “*la parte anterior del tórax se trae la mama opuesta a manera de colgajo pediculado, con la técnica de Sauerbruch (Berlín, 1925). La ejecución es sencilla: se inciden los tegumentos en el surco submamario y se continúa después por la línea axilar media o anterior, hasta alcanzar el nivel del pedículo vascular mamario externo, que debe ser preservado. Se diseña la mama del plano pectoral, que queda al descubierto y se desplaza lateralmente hacia la línea media. Conseguida la curación, es posible resear ‘a posteriori’ la areola y parte del tejido excedente, para mejorar el aspecto estético*”^{10,11} (Figura 12 y 13).

A riesgo de resultar redundante, es útil resaltar que en la operación descrita por H. Marino, en consonancia con la práctica de la época (año 1953), se sirve de un colgajo dermo-graso-glandular.

Recién a fines de la década del 70, se instala el empleo cada vez más frecuente de los colgajos que incluyen en su arquitectura a algún músculo. El conocimiento de su anatomía vascular y nerviosa, hace que su utilización sea más segura.

Como antecedente, varios años antes, en 1964, otro cirujano argentino, Adrián Spadafora, recomendaba la inclusión de la aponeurosis superficial en los colgajos para asegurar su irrigación, introduciendo el término “**colgajos cutáneo-musculares**”.

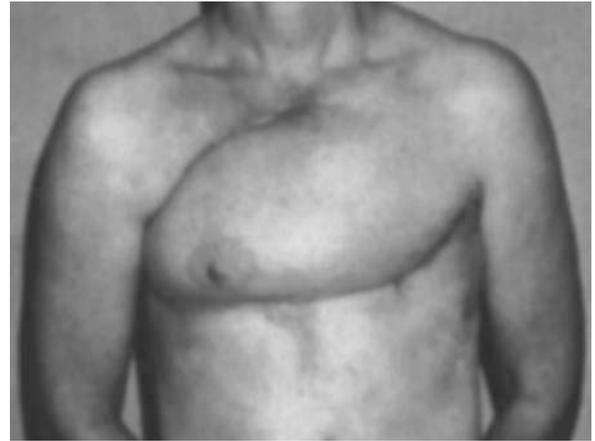


Figura 13. Vista posoperatoria de un caso operado por H. Marino (Buenos Aires, 1963) en el que utilizó la técnica de Sauerbruch.

Para la reparación de la pared torácica se han empleado colgajos que incluyen al músculo dorsal ancho (*M. latissimus dorsi*), al músculo oblicuo externo del abdomen (*M. obliquus externus abdominis*), al músculo recto del abdomen (*M. rectus abdominis*), al músculo serrato anterior (*M. serratus*), al músculo trapecio (*M. trapezius*), etc.; y también, valiéndose de su suficiente aporte vascular, al omento mayor (*omentum*).¹²⁻¹⁷

A pesar de que esos colgajos musculares han sido empleados exitosamente por muchos cirujanos, nosotros hemos preferido utilizar al músculo pectoral mayor,^{6,18} porque nos otorga ciertas ventajas.

Al ser un músculo de la región anterior del tórax, para su traslado no requiere cambio de posición durante el acto quirúrgico; aporta suficiente cobertura mio-cutánea; no deja una zona donante que deba ser cubierta; y no produce mayor morbilidad, con un inaparente déficit funcional.

A ello se puede añadir, si hubiera riesgo de cáncer en la mama remanente o simplemente cancerofobia, la realización de adnectomía, previo a su rotación, como lo indicaba Marino, siguiendo a W. P. Whalen (1953). En la denominada “decoración de la mama”, emplea solamente la piel y el celular subcutáneo.¹¹

La resección de hasta 6 cartílagos costales no produce insuficiencia respiratoria, porque la rigidez torácica no se altera. Por esa razón, a nuestra paciente no fue necesario realizarle una reconstrucción del esqueleto torácico.^{6,13,19,20}

CONCLUSIONES

En la evolución de la Cirugía Plástica, los cirujanos argentinos han participado promoviendo significativos y permanentes avances.

La radiolesión profunda secundaria a la radioterapia por cáncer de mama puede estar latente por más de 30 años.

El colgajo del músculo pectoral mayor y de la mama del lado contrario es un excelente recurso para la reparación de la pared torácica lesionada.

Es inevitable la combinación de esfuerzos entre el cirujano de tórax y el cirujano plástico.

RECONOCIMIENTO

Agradecemos la colaboración brindada por el Dr. Ricardo J. Losardo, quien en su condición de Director del Curso Superior de Especialización en Cirugía Plástica de la SACPER nos alentó para la realización del presente trabajo, y

como Director del Hospital de Oncología "María Curie" facilitó para que la formación de los equipos y la intervención quirúrgica se realizara sin contratiempos.

Extendemos nuestro reconocimiento al Dr. Enrique A. Gandolfo, por el material gentilmente cedido.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bloendorf FG, Reñe JB. La radioterapia en el cáncer mamario. En: Uriburu JV: La Mama, estructura, patología, diagnóstico y tratamiento. Segunda edición. Buenos Aires. López Libreros Editores. 1983, Tomo 2. pp. 809-836.
2. Jonquieres EDL. Aspectos clínicos de la radiodermatitis. Rev Asoc Méd Argent 1959;73(1-2):12-17.
3. Marino H, Grinspan D, Abulafia J, Romero R. Postoperatorio de las intervenciones plásticas por radiodermatitis. El Día Médico 1956 pp. 1240-1244.
4. O'Connor CM. Cirugía plástica en el tratamiento de las radiodermatitis crónicas. Rev Asoc Méd Arg 1959;73(1-2):17-21.
5. Marino H. Complications cardiaques pendant les opérations pour radiodermite thoracique. Ann Chir Plast 1961;6(1):1-5.
6. Arnold PG, Pairolero PC. Use of pectoralis major muscle flaps to repair defects of anterior chest wall. Plast Reconstr Surg 1979;63(2):205-213.
7. Testut L, Jacob O et Billet H. Atlas de disección por regiones. Barcelona. Salvat Editores S.A. 1950. pp. 96-112.
8. Lister GD, Gibson T. Destruction of the chest wall and damage to the heart by X-irradiation from an industrial source. Br J Plast Surg 1973;26(4):328-335.
9. Marino H, Zamora C. Exciación biológica en la mortificación de tejidos superficiales. Bol Trab Soc Cir Bs As 1961;45(9):235-245.
10. Marino H, Trongé C, Ayas E. Resección extensa de pared torácica. Reparación plástica. La Prensa Médica Argentina 1953;40(46):3084-3089.
11. Marino H, Garibaldi CA, Galeano EJ. Reparación torácica con tegumentos mamarios. Anales Cir 1960;7(8):1-7.
12. Matsuo K, Hirose T, Hayashi R, Senga O. Chest-wall reconstruction by contralateral latissimus dorsi musculocutaneous flap. Plast Reconstr Surg 1988;82(6):994-999.
13. Arnold PG, Pairolero PC. Surgical management of the radiated chest wall. Plast Reconstr Surg 1986;77(4):605-612.
14. Arnold PG, Pairolero PC. Chest-wall reconstruction: an account of 500 consecutive patients. Plast Reconstr Surg 1996;98(5):804-810.
15. Ruetschi MS. Preoperative pattern in chest-wall reconstruction with latissimus dorsi. Plast Reconstr Surg 1981;68(2):263.
16. Moschella F, Cordova A. A new extended external oblique musculocutaneous flap for reconstruction of large chest-wall defects. Plast Reconstr Surg 1999;103(16-5):1378-1385.
17. Bostwick J III, Nahai F, Wallace JG, Vasconez LO. Sixty Latissimus Dorsi flaps. Plast Reconstr Surg 1979;63(1):31-41.
18. Ariyan S. The Pectoralis Major myocutaneous flap: A versatile flap for reconstruction in the head and neck. Plast Reconstr Surg 1979;63(1):73-81.
19. Longacre JJ, Maurer EP, Keirle AM. Immediate skeletal reconstruction of an extensive bilateral defect of the anterior chest wall. Case report. Plast Reconstr Surg 1974;53(5):593-595.
20. Lasso JM, Uceda M, Arenas L, Pérez Cano R. Reconstrucción de defectos torácicos de espesor total. Presentación de 8 casos de especial complejidad. Cir Plást Iberolatinoam 2009;35(4):249-260.

NOTICIAS SACPER

ASAMBLEA EXTRAORDINARIA SACPER

Buenos Aires, 28 de octubre de 2011

En el Buenos Aires Sheraton Hotel & Convention Center, se llevó a cabo la Asamblea Extraordinaria de la SACPER, el día 28 de octubre de 2011.

Se trató el reordenamiento del Estatuto y agregados. Sólo se introdujeron modificaciones en los artículos 18 y 46.

El resto del Estatuto fue aprobado por unanimidad.

Como representantes de la SACPER para postulante a Presidente electo de la FILACP en primer término el Dr. Ferrer y en segundo término el Dr. Guillermo Vázquez.

Se autorizó a la Comisión Directiva para crear una Comisión de Proyecto Inmobiliario, para el uso de fondos disponibles de la SACPER.

Se decidió no firmar el Convenio Marco para realizar el Curso de Certificación con la AAC (Asociación Argentina de Cirugía).

II JORNADAS CIENTÍFICAS DEL CURSO TRIENAL

El 3 de diciembre se realizaron las II Jornadas Científicas del Curso Trienal en la Asociación Médica Argentina, coincidiendo con el Día del Médico. Además de la intensa programación científica, se nombraron profesores eméritos del Curso a los doctores Fortunato Benaim, Ulises De Santis, Flavio Sturla y Paulino Morales. En el acto académico de cierre se encontraba presente el Dr. Elías Hurtado Hoyo, presidente de la AMA. Luego se realizó una reunión social para los concurrentes.

EXAMEN ÚNICO

El día 5 de diciembre de 2011, se tomó el Examen Único a los postulantes en las regionales NOA, NEA, Rosario, Córdoba, Mar del Plata y Buenos Aires. A cada uno de los lugares concurrió un miembro de la Comisión Directiva con el cuestionario. Las respuestas serán evaluadas por la Comisión Evaluadora del Examen Único.

NOTICIAS REGIONALES

SOCIEDAD DE CIRUGÍA PLÁSTICA DE BUENOS AIRES

SESIONES CIENTÍFICAS

Martes 6 de diciembre - 21.00 horas - AMA

Sesión Homenaje al Dr. José Cerisola

Coordinadora: Dra. Fernanda Valotta

Disertantes: Dres. Juan Kiprislian, Nora Petralli, Oscar Zimman, Walter Servi, Eduardo Gallo, Sergio Mendez, Pablo Speroni, Fernanda Valotta y Carlos Malzoni

COMENTARIO SIMPOSIO "Siglo XXI" 2011

Se desarrolló durante los días 28 y 29 de Octubre pasado, en la Ciudad de Buenos Aires. Se contó con la presencia de más de 700 inscriptos, de Buenos Aires, las provincias y de países limítrofes como Uruguay, Chile y Brasil.

Los profesores invitados fueron: Gino Rigotti, Alessandra Marchi y Giovanni Botti de Italia, Bryant Toth y Sydney Coleman de Estados Unidos y Luiz Haroldo Pereyra y Ewaldo B. de Souza Pinto de Brasil. Quienes trataron temas como: Rejuvenecimiento Facial, Injerto de Grasa, Lifting subperiosteal de tercio medio, Cantopexias, Prótesis Glúteas más injerto Graso en Glúteos, Implantes Pectorales, Reconstrucción mamaria con grasa Autóloga, Aumento mamario con injerto graso, Contorno Corporal, Reconstrucción mamaria, Tratamiento de lesiones radiales con Grasa Autóloga.

Se vivieron dos días a pleno con entusiasmo en el intercambio social y científico.

SOCIEDAD DE CIRUGÍA PLÁSTICA DE ROSARIO Y LITORAL

8 y 9 de diciembre de 2011

7ª Jornadas de Sociedades Regionales de SACPER "Dr. Carlos Caviglia"

Sociedad de Cirugía Plástica, Estética y Reparadora de Rosario y Litoral

Informes: Presidente: Dr. Guillermo Iturraspe (cirplast_iturraspe@hotmail.com)

Secretario: Dr. Alberto Tuninetti (albertotuninetti@hotmail.com)

COMENTARIO:

Los días 8 y 9 de diciembre se llevaron a cabo las 7as Jornadas de Sociedades Regionales de la SACPER, en la Ciudad de Santa Fe, organizadas por la Sociedad de Cirugía Plástica Estética y Reparadora de Rosario y Litoral, en un marco de cordialidad y camaradería. En el plenario llevado a cabo se decidió que la organización de las Jornadas 2012 estuviera a cargo de la Regional Buenos Aires y en el Congreso Argentino se decidirá la fecha probable. Felicitamos a los organizadores por el éxito obtenido, haciendo resaltar el emotivo homenaje al Dr. Carlos Caviglia, un pionero de la Cirugía Plástica.

SOCIEDAD DE CIRUGÍA PLÁSTICA DEL NORDESTE (NEA)

03/12/11 Reunión Ordinaria Anual. Cambios de Autoridades.

REGLAMENTO DE PUBLICACIONES

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

CONSIDERACIONES GENERALES

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

1. Preparación de manuscritos

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

2. Página inicial

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

3. Resumen del trabajo

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

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

4. Cuerpo del trabajo

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

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

5. Bibliografía

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

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

- Capítulos de libros: Dellon AL. Radical sensory 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 título. Si se considera necesario se puede añadir un comentario a la tabla tras el título.
- B. Gráficos:** en el gráfico de barras se evitará el empleo de distintos tonos de negro/grises. Preferentemente se utilizarán distintos tipos de tramas. Se indicará siempre el rango de desviación de cada barra (1). A su pie se expli-

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

Lista de comprobación para los autores

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

FOTOS PARA PUBLICAR EN LA REVISTA

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

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