

REVISTA ARGENTINA DE
Cirugía Plástica

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



ASOCIACIÓN MÉDICA ARGENTINA

VOLUMEN XVII | NÚMERO 2 | AÑO 2012





*Más de 35 años
a la vanguardia de
la Medicina Estética*

- Brindando seguridad y confianza.
- Un paso adelante en tecnología.

*Caminando hacia el futuro
junto a los médicos.*



Seguridad en implantes y expansores



La dermatoscopia digital



Evolución en láser



Lipoescultura ultrasónica

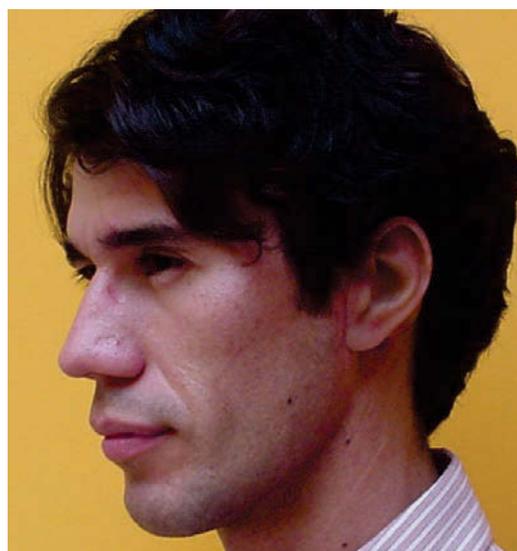


Importador y Distribuidor para la República Argentina

Uruguay 775 2ºA (C1015ABO) Buenos Aires, Argentina Tel. (54 11) 4372-2253 (L.R.) | info@medicsa.com.ar | www.medicsa.com.ar

Equipamiento Protésico Externo

PROTESIS PIDERM con piel protésica de silicona
de pabellón auricular izquierdo 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

Prótesis Piderm de silicona para amputación total o parcial de manos y dedos



Posibilitan la oposición para la prehensión de elementos. El mecanismo se completa con el recubrimiento estético de silicona. Es una gran ayuda para que el paciente vuelva a realizar parte de sus tareas cotidianas

Agnesia



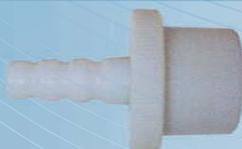
Equipamiento protésico confeccionado en silicona con uñas esculpidas

1956 - 2012

GALERÍA DEL CIRUJANO PLÁSTICO

Stock completo para LIPOASPIRACIÓN - LIPOESCULTURA

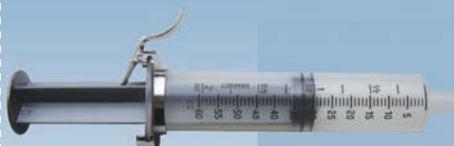
■ TRASVASADOR LUER®
A JERINGA LUER



■ CONECTOR®
JERINGA 60CC A
MANGUERA (BOMBA
DE ASPIRACIÓN)



■ TRASVASADOR®
DE JERINGA
TOOMY 60 cc
A CONO LUER



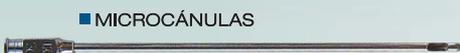
■ TRABA UNIVERSAL®



■ MANGO DE KLEIN



■ BOQUILLA AUTO ROSCABLE®
TIPO TOOMY 60 cc



■ MICROCÁNULAS

■ CÁNULA

Stock y variedad de instrumental

TIJERAS



ROPA
Post operatoria
Españolas e
Ind. Argentina



SEPARADOR
Varios modelos



PINZAS



PORTA AGUJAS

Equipos diversos



VALVA ILUMINADA



BOMBA DE LIPOASPIRACIÓN
PORTÁTIL

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 - 2012

CAPÍTULOS, COMISIONES Y COMITÉS
Año 2012

Presidente

Dr. Luis M. Ginesín

Vicepresidente

Dr. Jorge José Díaz García

Secretario General

Dr. Claudio N. Saladino

Prosecretario

Dr. Héctor T. Leoni

Tesorero

Dr. Alberto J. Abulafia

Protesorero

Dr. Carlos D. Schreiner

Secretario de Actas

Dr. Eduardo E. Marchioni

Directora de Publicaciones

Dra. Lucila V. Mangas

Subdirector de Publicaciones

Dr. Esteban H. Elena

Vocales Titulares

Dr. Javier J. Vera Cucchiario

Dr. Julio César Frontera Vaca

Dr. Marisol López

Dr. José H. Soria

Vocales Suplentes

Dr. Eduardo H. Errea.

Dr. Federico Zapata

Dra. Marcela H. Marin

Dr. Néstor F. Paul

Presidente anterior

Dra. Martha O. Mogliani

Capítulos

Cirugía Estética

Dr. Eduardo Aubone

Quemados

Dr. Carlos Sereday

Cirugía Maxilofacial

Dr. Walter Servi

Cirugía Infantil

Dr. José Luis Navarro

Miembros, Mano y

Microcirugía

Dr. Federico Auchter

Mamas

Dr. Sandra Filiciani

**Procedimientos complementarios
minimamente invasivos en Cirugía Plástica**

Dr. Néstor Vincent

**Comisión de Docencia
e Investigación**

Coord.: Dr. Paulino Morales

Dr. Justo La Torre Vizcarra

Dr. Oscar Zimman

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

Sala 1: Dr. Víctor Vassaro

Dr. Rodolfo Ferrer

Dr. Ernesto Moretti

Sala 2: Dr. Alfredo Santiago

Dr. Carlos Perroni

Dr. Juan Carlos Seiler

Comisión Informática

Coord.: Dra. Lucila Mangas y

Dr. Esteban Elena

(Directora y Subdirector de
Publicaciones)

Respuesta de e-mails

Dr. Eduardo Marchioni

Asesora de página web

Dra. Paulina Iwanyk

Comisión de Asuntos Legales

Coord.: Dr. Ramiro González

Oliva

Dr. Carlos Sereday

Dr. Eduardo Marchioni

Junta Electoral

Dr. Manuel Viñal

Dr. Guillermo Flaherty

Dr. Carlos Zavalla

**Consejo de Relaciones Inter-
nacionales de la SACPER**

Coord.: Dr. Abel Chajchir

Dr. Juan Carlos Rodríguez (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

Dr. Manuel Viñal

Dr. Pedro Luis Dogliotti

Rep. de Comisión Directiva:

Dr. Claudio Saladino

**Comisión del Centro de
Referencia y Contrarreferencia
para el Tratamiento de las**

Figuras 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. Alberto Abulafia (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

Santiago del Estero: Dra. Carolina Cramaro

**Comisión de Admisión
de Trabajos a Premio**

Vicepresidente SACPER

Dr. Jorge Díaz García

Secretario General SACPER

Dr. Claudio Saladino

Prosecretario General SACPER

Dr. Héctor T. Leoni

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**

Representante de Comisión

Directiva

Videoteca

Dr. Eduardo Marchioni

Relaciones con Filiales

Dr. Javier Vera Cucchiario

Parlamentario

Dr. Eduardo Marchioni

COMITÉ DE REDACCIÓN

Editora

Dra. Martha O. Mogliani

Comité Editor

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

Dra. Lucila Mangas

Presidente Comité de Redacción

Dr. Fortunato Benaim (Cirujano Maestro)

Comité de Redacción

Dr. Ulises De Santis (Cirujano Maestro)

Consejo Consultor Nacional

Dr. Alberto Albertengo (Cirujano Maestro)

Dr. Luis Inchaurrega (Cirujano Maestro)

Dr. Osvaldo Orduna (Miembro Honorario Nacional)

Dr. Luis F. Albanese (Miembro Honorario Nacional)

AUTORIDADES DE REGIONALES

Año 2012

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. Ricardo Losardo

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. Alberto Tuninetti

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

· **Sociedad de Cirugía Plástica del NOA**

· **Sociedad de Cirugía Plástica de Tucumán**

Pje. Martínez Suviría 3481 (4000) Tucumán

Presidente: Dr. Eduardo Novillo

2) Región La Plata (Ciudad de La Plata)

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

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

Tel: (0221) 422-5111

E-mail: scirplasticalaplata@hotmail.com

Presidente: Dr. Sergio Polichella

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. Roberto Martínez

Vicepresidente: Dr. Pablo Reartes

Secretario 1º: Dr. Tomás Ferrer

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: Dra. Marcela Marín

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: Dr. Jorge Rubén Ferreyra

9) Región Patagónica (Provincias de Neuquén, Río Negro, Chubut, Santa Cruz

y Tierra del Fuego) (En formación)

Presidente: Dr. Luis M. Ginesín

Secretario Gral: Dr. Claudio Saladino

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

50	70
Los límites <i>Martha O. Mogliani</i>	Corrección del pezón invertido usando un simple dispositivo <i>Alejandro Tuero, José Héctor Soria</i>
51	77
Discurso para el 42° Congreso Argentino de Cirugía Plástica y 60° aniversario de SACPER <i>Martha O. Mogliani</i>	Ultrasonido intraquirúrgico como medio de estimulación del colágeno aplicado a la blefaroplastia del párpado inferior <i>Néstor Vincent</i>
53	81
Seromas <i>Jorge Díaz García</i>	Obituario: Dr. Víctor Nacif Cabrera <i>Dr. Vicente Hugo Bertone</i>
58	82
Necrosis perineal. A propósito de un caso <i>Ramiro Luis González Oliva</i>	Noticias SACPER
65	84
Tumores de línea media: quistes dermoides nasoetmoidales <i>Iwanyk P, Iacouzzi S, Tobus G, Schirmer C</i>	Noticias Regionales

LOS LÍMITES

Los límites que se nos imponen generan resistencia porque éstos vienen a recordar nuestra finitud, también que estamos entre otros y no podemos avasallarlos.

En definitiva, el límite tiene mucho que ver con el poder. El que, en personalidades inmaduras, provoca una sensación de omnipotencia y omnipresencia que, como es equívoca la mayoría de las veces, conduce al fracaso y el rechazo de los otros.

En general, cuando los que ostentan el poder son verdaderos líderes, no necesitan presionar, manipular o tergiversar las situaciones para acomodarlas a sus deseos.

Los verdaderos líderes valoran las opiniones, sugerencias, tratan de pensar y abarcar todos los efectos tanto positivos como negativos que producirán sus decisiones en la empresa dejando de lado el egocentrismo en beneficio del conjunto.

Muchas veces, los que tienen el poder, aunque sea efímero, apelan a todo tipo de presiones, chantajes, intrigas, puede más la vanidad y no vacilan en echar mano a todo recurso; doblando la apuesta aunque al cabo de un tiempo sea perjudicial.

No toman conciencia que el poder es un sube y baja, que los ídolos y poderosos de hoy caen en un abismo de condenas cuando son derrotados y, a la vez, el perdedor pasa a ser un héroe. Esta es la rueda del poder.

No podemos negar que también existen causas con fines nobles; como el poder que ejerce el maestro sobre sus alumnos para guiarlos, enseñarles, ayudarlos a tener proyectos propios.

Es necesario que comprendamos que todos tenemos deberes y derechos, en ese orden. Invertirlo, puede llevarnos a tener una de las cosas más desagradables del ser humano que es la ingratitud, la que es nada más ni nada menos que la mezcla de olvido, maldad, mezclado con frivolidad y egoísmo.

*Es necesario que diariamente conjugemos algunos verbos como **agradecer, respetar comprender, ayudar.** Sería una manera buena de pasar nuestra corta vida.*

Dra. Martha O. Mogliani
Editora

DISCURSO PARA EL 42º CONGRESO ARGENTINO DE CIRUGÍA PLÁSTICA Y 60º ANIVERSARIO DE SACPER

Señores y señoras presentes:

Quiero manifestarles lo grato que es para mí darles la bienvenida a todos los colegas invitados. A todos Uds. colegas, que año tras año con su presencia nos acompañan en este Congreso Argentino, les doy la bienvenida en nombre de la Sociedad Argentina de Cirugía Plástica Estética y Reparadora.

Considero que este 42º Congreso Argentino es muy especial porque hace 60 años nuestros fundadores se propusieron construir una sociedad científica que fuera como un edificio, estable y sólido, que perdurara en el tiempo. Para ello fue necesario que el terreno fuera firme, fértil y ricamente nutrido para su construcción. Los materiales presentes fueron de la mejor calidad, nuestros maestros, que el 24 de marzo de 1952 fundaron la Sociedad Argentina de Cirugía Plástica.

Me voy a referir sucintamente a la historia del origen de la Sociedad Argentina de Cirugía Plástica.

En los años '40 del siglo pasado, eran muy pocos los cirujanos que, en nuestro país, realizaban cirugías plásticas y publicaban trabajos en el boletín de la Sociedad Argentina de Cirujanos.

Voy hacer una apretada reseña histórica de los antecedentes. En 1940 se realizaron, en San Pablo, varias reuniones en la escuela paulista de medicina donde, entre otros, estaban presentes Antonio Prudente y José Rebello por Brasil, Lelio Zeno y Ernesto Malbec por Argentina, Rafael Arzua y Alfredo Alcaino por Chile, Enrique Apolo y Pedro Pedemonte por Uruguay. Ellos eran los referentes en Cirugía Plástica de América Latina, y de esas reuniones nació la idea de la creación de la Sociedad Latinoamericana de Cirugía Plástica, la cual tiene como fecha de fundación julio de 1940 en el Hospital Alemán de San Pablo. Por Argentina firmaron el acta de fundación los Drs. Oscar Ivanisevich, Lelio Zeno, Héctor Marino, Ernesto Malbec, Guillermo Armarrino, Ramón Palacio Posse, Eduardo Allevi, Dellepiane Rawson, Cardozo Aguirre, González Loza, Ricardo Finocchietto y Roberto Ferrari. En 1941 se realizó el 1º Congreso Latinoamericano de Cirugía Plástica en Río de Janeiro.

En 1942 tocó a Buenos Aires, Argentina, el honor de realizar el 2º Congreso Latinoamericano de Cirugía Plástica. En 1949 se funda la Sociedad Brasileira de Cirugía Plástica.

Mientras tanto, aquí, en Argentina, en Buenos Aires 1945 Ricardo Finocchietto en su Servicio de Cirugía sala 6 del Hospital Rawson crea una sección de Cirugía Plástica y se hace cargo de ella el Dr. Héctor Marino. En sala 6 del Hospital Rawson se fueron formando Cirujanos Plásticos de la talla de Pasmán, O' Connor, Sapadafora, Nicklison. Esto sucede simultáneamente en Córdoba y Rosario.

Luego se crea en el Rawson la sala 7, exclusiva para cirugías plásticas, en la que tuve el honor y la fortuna de haber realizado todo mi aprendizaje y formación quirúrgica.

En Argentina, a partir de 1949, se comienza a realizar, en los hospitales que contaban con cirujanos plásticos, ateneos con presentación de casos y lectura de artículos científicos.

Estos ateneos fueron tomando envergadura tanto en los temas científicos como en la concurrencia de cirujanos plásticos. Es ahí que el Dr. Héctor Marino trabaja para darles a estas reuniones una forma orgánica. Además de las reuniones científicas se generó la realización de asambleas entre los miembros y es en la asamblea de fines de 1951 en la que se realiza el anteproyecto de la Sociedad Argentina de Cirugía Plástica y el 24 de marzo de 1952 se firma el acta de fundación con una comisión provisoria. La primera reunión científica societaria se realizó el 17 de julio de 1952 en la Asociación Médica Argentina.

En el año 1953 se realiza la primera Asamblea para elegir la primera Comisión Directiva. Resultó electo presidente el Dr. Ernesto Malbec.

Fueron los Drs. José Viñas y Alberto Beaux los que los que confeccionaron el primer estatuto y el reglamento societario.

Voy a enumerar los primeros presidentes

Dr. Ernesto Malbec (1953)

Dr. Héctor Marino (1954)

Dr. Julián Fernández (1955)

Dr. Alberto Beaux (1956)

Dr. Roberto. Dellepiane Rawson (1957)

Dr. Miguel. Correa Iturraspe (1958)

Dr. Guillermo Armanino (1959)

Dr. Jorge. Santamarina Iraola (1960)

Dr. Fortunato Benaim (1961)

Dr. Jorge Nicklison (1962)

Dr. Cornelio O Connor (1963)

Dr. Luis Monti (1964)

Dr. José Spera (1965)

Dr. Ángel Ogbi (1966)

Dr. Jaime Fairman (1967)
Dr. Héctor Vieyra Urquiza (1968)
Dr. Alberto G. Albertengo (1969)
Dr. Jorge Quaipe (1970)
Dr. Anibal Tambella (1971)
Dr. Hugo Arufe (1972)
Dr. Francisco Arespacochaga (1973)
Dr. Eduardo Marino (1974)
Dr. Alberto Otero (1975)
Dr. Héctor La Ruffa (1976)
Dr. Néstor Maquieira (1977)
Dr. Ulises De Santis (1978)
Dr. Víctor Nacif Cabrera (1979)
Dr. Leonardo Barletta (1980)
Dr. Raúl Laguinge (1981)
Dr. Julio Frontera Vaca (1982)
Dr. Adrián Spadafora (1983)
Dr. Carlos Caviglia (1984)
Dr. Erdulfo Appiani (1985)
Dr. Mauro Daroda (1986)
Dr. Enrique Gandolfo (1987)
Dr. Alfredo Pardina (1988)

Dr. Pedro Mugaburu (1989)
Dr. Jacobo Sananes (1990)
Dr. Néstor Bravo (1991)
Dr. Orlando López (1992)
Dr. Osvaldo Orduna (1993)
Dr. Juan José Galli (1994)
Dr. Raúl Fernández Humble (1995)
Dr. Jorge Herrera (1996)
Dr. Julio Cianflone (1997)
Dr. Manuel Viñal (1998)
Dr. Alfredo Santiago (1999)
Dr. Paulino Morales (2000)
Dr. Juan Bautista Albertengo (2001)
Dr. Osvaldo Cudemo (2002)
Dr. Rodolfo Rojas (2003)
Dr. Jorge Buquet (2004)
Dr. A. Aldo Mottura (2005)
Dr. Guillermo Flaberty (2006)
Dr. Ernesto Moretti (2007)
Dr. Víctor Vassaro (2008)
Dr. Carlos Perroni (2009)
Dr. Carlos Reilly (2010)

Es importante decir que dentro de los fundadores de la Sociedad Argentina de Cirugía Plástica que no ocuparon cargos directivos se encontraban los Drs. Jack Davis, Viñas, Otermin Aguirre, Palacio Posse, Sperne, Goldemberg, Jarolavsky, Kirschbaum, Ribak, Rubinstein, Schemper. Pido disculpas si omití mencionar a alguno de nuestros pioneros.

Hace 41 años, la Sociedad Argentina de Cirugía Plástica realiza, en el año 1971 en Bariloche, el 1º Congreso Argentino de Cirugía Plástica cuyo presidente fue el Dr. Anibal Tambella, el secretario fue el Dr. Eduardo Marino, el secretario de actas el Dr. Osvaldo Cudemo y tesorero el Dr. Alberto Otero. A partir de esta fecha el Congreso Argentino se realiza año tras año ininterrumpidamente, cada vez con mayor nivel científico y de concurrencia.

La nuestra es una Sociedad joven, creada y compuesta por miembros con vocación. Esta palabra nos define como llamados por Dios para llevar a cabo estudios, una carrera, una profesión inclinada a la asistencia médica, social, quirúrgica y siempre acompañada de ideales de ética, dedicación y perfeccionamiento.

Estos 60 años transcurridos me llevan a reflexionar acerca de las responsabilidades en lo actuado y proyectos futuros de modernización de nuestra sociedad, con esfuerzo, capacidad superadora, dinamismo de las futuras comisiones directivas y creciente compromiso de todos los miembros. Estoy segura que nuestra institución seguirá manteniéndose en el prestigio ganado a través de estos 60 años. Porque las sociedades que tienen una conducción organizada, firme en sus convicciones éticas, morales, científicas y están unidas, pueden resistir los embates de los inescrupulosos que intentan desprestigiarlas. Sólo con compromiso de todos sus miembros esta querida sociedad seguirá siendo referente de la Cirugía Plástica.

Por último, creo interpretar el pensamiento y sentimientos de los fundadores y de todas las comisiones directivas que trascurrieron estos 60 años engrandeciéndola a nuestra Sociedad.

Si puedes soñarlo puedes hacerlo. Las ideas son energías reunidas. Los pensamientos son ideas que toman forma. Las palabras expresan los pensamientos. Las acciones son palabras en movimiento, queridos colegas, sigamos moviéndonos siempre hacia un futuro promisorio.

Muchas gracias

Dra. Martha O. Mogliani
Editora - Presidente SACPER

SEROMAS

Jorge José Díaz García
Vicepresidente SACPER

RESUMEN

Se presenta un trabajo de investigación clínica aplicada y de experimentación acerca de los seromas de aparición tardía posimplantes mamarios. Se investigaron los factores etiológicos probables, realizando una revisión bibliográfica, anatómica y clínica sobre pacientes que presentaron la patología. Se realizó una encuesta complementaria a profesionales cirujanos que realizan mastoplastias aumentativas con implantes. Se infiere que las causas de los seromas de aparición tardía están relacionadas con aspectos de índole anatómica y fisiopatológica de los propios pacientes, en particular del sistema de drenaje linfático del exudado de la unidad pectoro-axilo-mamaria, que no tienen correlato directo con las técnicas quirúrgicas utilizadas y que no deberían originar implicancias médico-legales en lo referente a demandas judiciales.

Palabras clave: seromas tardíos, implantes mamarios, complicaciones, mastoplastias aumentativas.

INTRODUCCIÓN

La mastoplastia aumentativa con implantes mamarios se ha posicionado como uno de los procedimientos quirúrgicos más frecuentes en la actividad de la cirugía plástica y estética. Las técnicas se han estandarizado y constituyen actualmente procedimientos efectivos, con resultados de impacto en la autoestima y complicaciones en general minimizadas. Las complicaciones posquirúrgicas de las mastoplastias aumentativas son en general hematomas, infecciones, colecciones linfáticas o defectos en el posicionamiento volumétrico, además de otras complicaciones más graves.

Sin embargo, existen complicaciones indefinidas, que aparecen tardíamente en pacientes sometidas a mastoplastias aumentativas con implantes y se definen como seromas tardíos posimplante. Estos seromas de aparición tardía se caracterizan por su irrupción más allá de la 12ª semana del posoperatorio; producen en las pacientes molestias significativas, sensación de disconfort y en algunos casos son motivos de demandas judiciales a los cirujanos actuantes.

Si bien existe consenso bibliográfico acerca de su composición fisiológica como exudado de origen linfangiectásico, el origen del exudado no queda bien establecido, por lo que se decidió realizar una investigación clínica aplicada a esclarecer el correlato etiológico de esta patología y realizar inferencias al respecto. La investigación se enmarca en torno de la utilidad e impacto en términos quirúrgicos que delimitan los factores causales de los seromas de aparición tardía, considerados como complicaciones no inherentes a la técnica quirúrgica sino a factores propios de la anatomía de las pacientes sometidas a mastoplastias aumentativas con implantes.

DELIMITACIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El problema investigado está relacionado con las causas etiológicas de los seromas de aparición tardía, y si estos son consecuencia de las técnicas quirúrgicas utilizadas para la colocación de implantes.

La cuestión es discernir si la técnica utilizada para la colocación de implantes es causal de seromas de aparición tardía, y el análisis de la pertinencia de demandas judiciales a causa de la aparición de seromas tardíos posimplante.

Esencialmente, las causas de los seromas tardíos están referidas a infecciones, hematomas, problemas técnicos en el bolsillo y problemas inherentes al tipo de implantes.

OBJETIVO GENERAL DE LA INVESTIGACIÓN

- Determinar si la aparición de seromas tardíos posimplantes mamarios se origina en la técnica utilizada y por ende si son de responsabilidad quirúrgica.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE LA INVESTIGACIÓN

- Evaluar cuáles son las causas más importantes en el desarrollo de seromas de aparición tardía en pacientes sometidas a mastoplastias aumentativas con implantes.
- Analizar si existe diferencia entre los tipos de implante utilizados en relación con la aparición de seromas.
- Analizar si existe relación entre el tipo de ubicación de los implantes y la aparición de seromas tardíos.

MARCO TEÓRICO

Las mastoplastias aumentativas con colocación de implantes es una de las cirugías más frecuentes, de acuerdo con estadísticas consolidadas. Las variables consideradas en las mastoplastias giran en torno de aspectos cualitativos, referidos a edad, constitución y conformación corporal (biotipo), tipo de anatomía de la mama y su conexión con la unidad pectoro-mamaria, y la subjetividad en relación con ítems raciales, modas culturales, sociales e individuales, siempre considerando las expectativas de las pacientes. En lo referente a las complicaciones de las mastoplastias aumentativas, estas giran en torno de trastornos de la cicatriz, disestesias, hematomas, infección. Las complicaciones quirúrgicas inherentes a la colo-

cación de implantes son de aparición temprana, y existen numerosos reportes bibliográficos al respecto, referidos principalmente a complicaciones infecciosas, hematomas y por ineffectividad del bolsillo de colocación.¹

Las complicaciones posquirúrgicas referidas a los seromas son reconocidas como una complicación temprana o precoz de la cirugía de implantes mamarios, y su incidencia se reporta junto con los hematomas en el 6,6% en cirugía primaria. Para otros autores, la incidencia del seroma en etapa temprana es del 0,1%. La definición de seromas se refiere a una masa causada por acumulación de suero en un tejido u órgano,² considerando que suero hace referencia al líquido que aparece en la superficie de membranas serosas o exudado inflamatorio, aunque debe remarcar que no se trata de una acumulación única de linfa. En los estudios realizados por Moretti se constató una disfuncionalidad linfática, marcada por linfangiectasia y dilatación de los vasos linfáticos locoregionales, con aparición de células rojas, y hemólisis de eritrocitos. Linfocitos y células plasmáticas se encuentran presentes, con escasa asistencia de neutrófilos. La presencia de hematomas no drenados o de respuesta inflamatoria con trasudado periprotésico en el posoperatorio temprano puede generar seromas que habitualmente se presentan entre el séptimo y décimo día posoperatorios; estos seromas tempranos se pueden reabsorber espontáneamente o por drenaje por aspiración cuando son menores.

Respecto a los seromas mayores que implican manejo quirúrgico, así como los seromas tardíos, es muy poco lo reportado, aunque se han descrito seromas tardíos relacionados con la falta de integridad de las prótesis y a la posibilidad de filtración de ellas.

El seroma tardío se define como el aumento de líquido en la periferia del implante mamario intracapsular que ocurre a partir de tres meses de realizada la cirugía. En la literatura no encontramos un informe a plazo largo que determine la incidencia de esta entidad; se reportan seromas tardíos sin trauma en forma aislada, asociados al uso de implantes mamarios texturizados, que se presentan de manera súbita y unilateral. De acuerdo al trabajo de Herrán Motta y Lugo, la etiología del seroma tardío no está bien establecida hasta ahora y existen indicios de causas multifactoriales.

CONSIDERACIONES ANATÓMICAS

La glándula mamaria constituye un conjunto de elementos anatómicos que varían permanentemente por cambios hormonales, de acuerdo con la edad cronológica y la biotipología. Enclavadas en la pared torácica anterior, mantienen sus esbozos embrionarios dérmicos modificados y, de hecho, es tejido dérmico modificado, sometido a improntas hormonales. La fijación de la glándula a la pared toraco-axilar depende de tractos fibrosos denominados ligamentos suspensorios mamarios.

SEROMA DE APARICIÓN TARDÍA COMO RESPUESTA A INFECCIONES QUIRÚRGICAS

Se ha planteado la hipótesis de la contaminación del implante en el intraoperatorio, con latencia bacteriana, que pudiera posteriormente desencadenar un mecanismo en cascada productor de irritación y seroma. En detrimento de esta hipótesis, las pacientes no cursan con fiebre ni datos locales de infección y los estudios de los cultivos de los seromas resultan negativos a gérmenes. Sin embargo, existen comunicaciones en las que se menciona la presencia de *Staphylococcus epidermidis* como posible causa de seromas, y probablemente se pudiera asociar a galactorrea, aunque no se cultivaron gérmenes en dichos exudados.

Existe un reporte de absceso mamario causado por cocos gram positivos anaerobios estrictos, denominados *Finexgoldia magna*, que formando parte de la flora normal de la piel tracto gastrointestinal, genito urinario y de la cavidad oral, producen lesiones graves. Está constituida por cocos gram-positivos, anaerobios estrictos, no esporulados e inmóviles. Forma parte de la flora residente de la piel, tractos gastrointestinal y genitourinario femeninos, y en menor grado, de la cavidad oral. Los cocos grampositivos anaerobios representan el 25-30% de todos los aislamientos de bacterias anaerobias, y *F. magna* es una de las especies que se cultiva con mayor frecuencia de muestras clínicas, como abscesos y otras infecciones de piel y partes blandas, huesos y articulaciones.

La cirugía mamaria es un tipo de cirugía que presenta como complicación frecuente la formación de hematomas o microhematomas en el posoperatorio temprano y, por otro lado, la formación de seromas como respuesta a la necrosis grasa que se produce por isquemia, al seccionar los pedículos vasculares y está relacionada con la colonización bacteriana. Estas entidades permanecen muchas veces durante varias semanas hasta su reabsorción o drenaje espontáneo o provocado. Las vías de ingreso de los microorganismos pueden ser los pequeños granulomas generados por restos de sutura reabsorbibles o los conductos galactóforos adyacentes a estas colecciones, normalmente contaminados. Es probable que un microorganismo residente de la piel encuentre en dichas formaciones el medio apropiado para su proliferación. Esto explicaría, en cierta medida, la infección tardía. Es probable que las infecciones mamarias causadas por *F. magna* se hayan producido desde la microbiota residente de la piel hasta la glándula mamaria. También se menciona hiperpermeabilidad de la cápsula secundaria a inflamación crónica y granulación intracapsular y neovascularización.

PRESENTACIÓN CLÍNICA DE LOS SEROMAS DE APARICIÓN TARDÍA

El seroma se sospecha clínicamente, ante la asimetría mamaria progresiva debida al aumento considerable de la mama en forma unilateral, que puede cursar o no con dolor por la dis-

tensión y evidencia de tensión y red venosa. Se corrobora mediante ultrasonido observándose líquido periprotésico, aunque es la resonancia magnética, quien provee la imagenología de certeza, ya que tiene una alta capacidad de diferenciación entre masas de tejido blando y fibrosis, así como entre colecciones de fluidos, hematomas y silicona libre, como resultado de una ruptura de implante. Conviene destacar que en dichos estudios radiológicos no es raro encontrar seromas asintomáticos como hallazgos, cuando el estudio se solicita por otras razones, denominados incidentalomas. Radiológicamente es difícil diferenciar, al existir líquido en mamas con implantes mamarios, entre seroma o galactocele, ya que la concentración de proteína es alta en los dos episodios.

ESTUDIO MUESTRAL

Se confeccionó un cuestionario validado, que fue enviado a 139 cirujanos plásticos, de ambos sexos,³ que efectivamente realizan mastoplastias de aumento con implantes, considerando a las respuestas obtenidas de alta confidencialidad. Para el envío del cuestionario, se utilizó un listado de direcciones de correos electrónicos disponibles, ya sea en los listados de socios de SACPER o de otros listados disponibles. Se seleccionaron 139 unidades muestrales, para referenciar los postulados del teorema de límite central y la ley de grandes números, bajo el precepto de que en muestras iguales o mayores a 120 la distribución normal puede utilizarse como una aproximación adecuada a la t de Student.⁴ Zuwaylif también considera que puede usarse muestras no probabilísticas y considera dos casos especiales: Muestra de conveniencia y muestra basada en la opinión.⁵

Contexto de aplicación del cuestionario

La muestra poblacional se constituye en un subgrupo de tipo **no probabilística**, debido a que la elección de los elementos no depende de la probabilidad, y dependen del proceso, y de las características de la investigación planteada. Se estableció el principio ineludible de proteger el anonimato y privacidad de la encuesta y con este objetivo se realizaron las siguientes acciones:

- Se configuró una cuenta de correo electrónico (investigacionseromas@gmail.com) específica, para uso exclusivo de la investigación de maras.
- Los cuestionarios se enviaron en grupos de 10, con verificación de copia oculta.
- Los envíos y las recepciones fueron procesadas por un asistente ajeno a la temática de investigación y los investigadores no tuvieron conocimiento de los remitentes.
- Todas las respuestas recibidas fueron impresas sin el nombre del remitente.
- Los cuestionarios incompletos fueron descartados.
- En los casos en que se recibieron respuestas descalificadas y/o injuriosas, se descartaron los cuestionarios sin comentario alguno por nuestra parte.

Recolección de datos cualitativos

Se desarrolló la observación de continuos estableciendo un rol de recolección, para construir una guía de observación con enfoque direccional y transcribirlos a un formato de tipo electrónico, para el procesamiento y organización del material, de acuerdo con criterios predefinidos.⁶ El análisis de los datos permite en esta investigación hacer un análisis de la información recolectada y procesada, a la luz del marco teórico y específicamente de las hipótesis, las cuales son validadas, aceptadas o rechazadas en el estudio.

MATRIZ DE DATOS Y PROCESAMIENTO DE LOS DATOS

En forma sinérgica al desarrollo del instrumento de recolección de datos, se elaboró una matriz de datos, que integra los datos recolectados. La matriz de datos contiene las respuestas posibles de cada una de las preguntas del cuestionario, las cuales están relacionadas con cada variable, e incluye la medición de cada variable en el conjunto de unidades muestrales. Para el procesamiento de los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS (versión 10.0).⁷ Para los datos del instrumento relacionados con las variables se estableció el coeficiente de confiabilidad alfa y el análisis de correlación bivariada, y los datos cuantitativos obtenidos se codificaron y transportados a una red matricial de doble entrada, para su análisis. Se utilizó **estadística inferencial** para los procedimientos⁸ de probar hipótesis y estimar parámetros.⁹

Ficha de investigación

Tipo de investigación	Exploratoria, descriptiva y correlacional
Unidad de análisis	1. Médicos especialistas en Cirugía Plástica, miembros de SACPER 2. Médicos que realizan mastoplastias de aumento que no pertenecen a SACPER.
Metodología de investigación	Revisión teórica. Estudio empírico (aplicación de encuesta)
Población objetivo	Cirujanos que realizan mastoplastias de aumento
Tamaño de la muestra	N = 139
Tipo de la muestra	Muestra no probabilística
Técnicas utilizadas para el análisis de datos	Coefficiente alfa de Cronbach
	Análisis estadístico descriptivo: frecuencia, media, desvío estándar.
	Análisis de correlación (Pearson)
	Análisis de varianza (ANOVA) y prueba del chi cuadrado
	Coefficiente de contingencia
Programas estadísticos	Estimador bponderado de Tukey
	SPSS versión 11.0
	WIN-SIG versión 6.0
Programa bibliográfico	EndNote V8. Versión 8

En base a las respuestas obtenidas, puede inferirse que existe un conocimiento generalizado entre los cirujanos plásticos encuestados acerca de la patología conocida como sero-

mas de aparición tardía, ya sea por que han tenido pacientes portadores de seromas tardíos o conocen a otros colegas en tal situación. Existe concordancia acerca de que la posición del bolsillo de implante no incide en forma directa en la aparición de seromas de aparición tardía. Asimismo, tampoco la técnica utilizada parece tener relación directa, por lo que puede inferirse que las causas de aparición de seromas no están relacionadas ni a la anatomía de localización del bolsillo ni a algún artificio técnico.

Cuando se indagó acerca del uso del electrobisturí, no se encontró una relación directa ni a favor ni en detrimento de la utilización. Las técnicas de compresión externa prolongada parecen ser indicadas para impedir la aparición de seromas tardíos, según un número significativo de encuestados.

En cuanto al drenaje linfático, en sus diferentes variables técnicas, según opinión de los encuestados, no es posible realizar deducciones acerca de su efectividad para impedir la aparición de seromas tardíos.

En lo referente a infecciones, en general las opiniones afirman que es una posible causa etiológica de seromas tardíos, aunque por lo común las pacientes portadoras de seromas no cursan con infecciones significativas.

La edad de las pacientes no presenta significación específica, tanto en la opinión de los encuestados como en la bibliografía consultada.

En lo referente a la terapéutica de los seromas, la mayoría concuerda en que el drenaje aspirativo quirúrgico es efectivo como herramienta de mejoramiento del cuadro clínico, aunque es simplemente un paliativo.

Para evitar la aparición de seromas, los encuestados originaron respuestas variadas, que giran en torno a la efectividad y amplitud del bolsillo del implante, administración de antibióticos y antiinflamatorios no esteroideos, en forma empírica, y extremar cuidados técnicos al momento de realizar la cirugía, y la mayoría recomienda la utilización de vendajes elásticos prolongados. Sin embargo, no ha sido posible inferir estrategias específicas para evitar la aparición de seromas.

BIBLIOGRAFÍA

1. *Seroma tardío después de mastoplastia de aumento con implantes de silicón.* Dra. Fanny Stella Herrán Motta, Dr. Ignacio Lugo.
 2. *Investigación de seromas post liposucción y dermolipsectomía abdominal.* Moretti E, Gómez García F, Monti J, Vázquez G. *Cir. Plas. Iberolatinoam.* Vol. 32. Nº 3. 2006 / pag 161-160
 3. *Se configuró una dirección ad hoc de correo electrónico (investigacionseromas@gmail.com), desde donde se enviaron las encuestas y fueron devueltas a la misma casilla. Una vez finalizada la investigación, la dirección fue desactivada.*
 4. Neupert R (1997). *Manual de Investigación Social.* Pag. 109.
 5. Zuwaylif S. *Estadística General Aplicada.* Pág. 130.
 6. Patton E. *Metodología de la Investigación cualitativa.* 1980. Pag.133. Ed. Guaymuras. Mx.
 7. SPSS Inc. (1999). *SPSS Base 10.0 Application Guide.* USA.
 8. Wiersma R 1999, p.335. Ed. Newport. Mx.
 9. Grinnel J. 1997, p47. Ed. UNICAH. Hn
- *Aliveira VM, Roveda D Jr, Lucas FB et al. Late seroma after breast augmentation with silicone prostheses: A case report. Breast J 2007;13(4):421-423.*
 - *Alcaide Agustín Ch. Comunicación personal. H.R.Carrillo. Sgo. del Estero. 2011.*
 - *Ali-Eed M. Mega-liposuction:analysis of 1520 patients. Aesth Plast Surg 1999;23(1):16.*
 - *Correspondence and communication. J Plast Reconstr Aesth Surg 2009; 62: 609-610.*
 - *Chourmouzi D, Vryzas T, Develegas A. New spontaneous breast seroma 5 years after augmentation: a case report. Cases J 2009;2:712.*

Las estrategias de tratamiento de seromas tardíos, cuando estos aparecen, se basan en el drenaje aspirativo quirúrgico, vendaje compresivo y evaluación de reintervención quirúrgica, para reposicionamiento del implante. No es posible inferir una estrategia de tratamiento común entre los encuestados.

CONCLUSIONES

En cuanto al manejo del seroma tardío, es posible el drenaje percutáneo guiado por ecografía, pero existe el riesgo de romper el implante; por ello es más segura la colocación de un drenaje a presión negativa bajo visualización directa, y el drenaje quirúrgico es el tratamiento de elección, pero como puede ser recurrente, idealmente se agregan otros métodos para minimizar la producción de seroma, como la presoterapia, y en ocasiones sería útil el uso de esclerosantes como la tetraciclina, eritromicina o agentes biológicos como pegamento de fibrina. El drenaje linfático es un coadyuvante terapéutico, aunque no se ha demostrado su efectividad. Existe polémica si es conveniente o no el cambio del implante; sin embargo, consideramos que en algunos casos y pese a que habitualmente no hay desarrollo de microorganismos, es conveniente realizarlo.

La aparición de seromas tardíos genera un contexto clínico de difícil manejo clínico, tanto por la incertidumbre de sus causas como por el manejo complejo. En los casos en que se ha manifestado, esta patología originó diversos tipos de demandas judiciales; al respecto, llama la atención que estas demandas prosperen, porque los seromas tardíos no tienen relación con la técnica utilizada ni se relacionan a infecciones específicas.

Por ende, podemos concluir que la aparición de seromas tardíos está relacionada con la tipología de la constitución anatómica de las pacientes que han sido intervenidas quirúrgicamente para realizarse mastoplastias aumentativas, y se vincula con la eficiencia en términos anatómicos y volumétricos de los bolsillos y la capacidad de responder a los exudados.

- Courtiss E, Chocair R, Donelan M. Large volumen suction lipectomy: an análisis of 108 patients. *Plast Reconstr Surg* 1992;89(6):1068, discusión 1080.
- Courtiss EH. Suction Lipectomy: A retrospective analysis of 100 patients. *Plast Reconstr Surg* 1983;7:155.
- Dillerrud E. Abdominoplasty combined with suction lipoplasty: a study of complications, revisions, and risk factors in 487 cases. *Ann Plast Surg* 1990;25(2):182.
- Ersek RA, Ersek MD, Schade K. Subcutaneous pseudobursa secondary to suction and surgery. *Plast Reconstr Surg* 1990;85(3):442.
- Gabriel SE, Woods JE, et al. Complications leading to surgery after breast implantation. *New Eng J Med* 1997;336(10):677-682.
- Gonzalez R. Late intracapsular seroma in subfascial buttock augmentation: A case report. *Aesth Plast Surg* 2006;30(5):594-604.
- Grazer FM, Klingbeil JR. *Body Image: A Surgical Perspective*. St. Louis: Mosby, 1980.
- Grazer FM. Suction-assited lipectomy, suction lipectomy, lipolysis, and lipexeresis (Discussion). *Plast Reconstr Surg* 1983;72:620.
- Hanke CW, Bernstein G, Bullock S. Safety of tumescent liposuction in 15,336 patients. National survey results. *Dermatol-Surg* 1995;21(5):459.
- Hasham S, Akhtar S, Fourie LR. Persistent seroma following breast prosthesis explantation: a case report and review. *Eur J Plast Surg* 2006;28:490-493.
- Hetter GP. *Lipoplasty: The theory and practice of blunt suction lipectomy*. Boston: Little, Brown, 1994.
- Illouz YG. The origin of lipolysis. In: Hetter GP (De.). *Lipoplasty: The theory and practice of blunt suction lipectomy*. Boston: Little, Brown, 1994. p. 30.
- Kontos M, Petrou A, Prassas E, et al. Pressure dressing in breast surgery: is this the solution for seroma formation? *J Boun* 2008;13:65-67.
- Kuzon W, Binhammer P, Knowlton R, Levine R, Fielding C. Effect of electrosurgical technique on wound healing and early complication rate following abdominal dermolipectomy. *Plast Surg* 1992, Vol. III U.T. Hinderer, editor, Elsevier Science Pub.
- Martin D, Pelliser P, Riachi R, Casoli V, Baudet J. Abdominoplasty with dissociated intraparietal liposuction. Technical note. *Ann Chir Plast Esthet* 1998;43(1):64.
- Mayer HF, Loustau HD. Complications of breast implants with pregnancy. *Br J Plast Surg* 2008;2:1413-1415.
- Mazzocchi M, Dessy LA, Marchetti F, et al. The use of the veress needle to drain mammary periprotethetic fluid. *Dep Plast Reconstr Surg* 2010;24(2):219-222.
- McArdle B, Layt C. A case of late unilateral hematoma and subsequent late seroma of breast after bilateral breast augmentation. *Aesth Plast Surg* 2009;33:669-670.
- Mohammad JD, Warke PT, Stavrayk W. Ultrasound in the diagnosis and management of fluid collection complications following abdominoplasty. *Ann Plast Surg* 1998;41(5):498.
- Pereira L, Sterodimas A. Poland syndrome: Aesthetic result after late seroma and implant removal with replacement. *Am Aesth J* 2008;28(1):101-103.
- Rhee CA, Smith RJ, Jackson IT. Toxic shock syndrome associated with suction-assited lipectomy. *Aesth Plast Surg* 1994;18(2):161.
- Shestak KC. Marriage abdominoplasty expands the mini-abdominoplasty concept. *Plast Reconstr Surg* 1999;103(3):1020, discussion 1032.
- Soo MS, Kournguth PJ, Georgiade GS, Sullivan DC. Seromas in residual capsules after explanations: Mammographic and sonographic appearances. *Radiol* 1995;194:863-866.
- Vastine VL, Morgan RF, Eilliams GS, Gampper TJ, Drake DB, Knox LK, Lin KY. Wound complications of abdominoplasty in obese patients. *Ann Plast Surg* 1999;42(1):34.
- Vazquez G, Pellon A, Audouin F. The etiology of seroma micro trauma as late in augmentation mastoplastia. *Rev Arg Cir Plast* 2009;15(1):24-26.
- Ventura OD, Marcello G, Gamboa C. Breast implants in the subfascial plane in replacement of the subglandular pocket: a logical change. *Cir Plast Iberolatnam* 2006;32(1):11-16.
- Zimman O. About images with breast implants and galactocele. *Plast Reconstr Surg* 2003;112(7):1951-1952.

NECROSIS PERINEAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

Ramiro Luis González Oliva

Hospital Naval Pedro Mallo, CABA, Rep. Argentina.

Presentado en el XLI Congreso Argentino Iguazú, Misiones, 2011
Trabajo para optar a Miembro Titular

CASO CLÍNICO

Ingreso. El día 20/09/10 ingresa un paciente masculino de 34 años, sin antecedentes de salud de consideración para el caso actual.

Motivo de consulta. Dolor y tumefacción perineal + fiebre.

Antecedentes de la enfermedad actual. Tratamiento ambulatorio de 4 semanas, corticoides locales y analgésicos por hemorroides internas (en otra institución).

Examen físico: al tacto rectal, esfínter tónico, paredes edematosas, orificio fistulosos en horas 5-6-7-9, con secreción purulenta.

Laboratorio al ingreso: GB: 6800; glucemia: 123; uremia: 85; creatinemia: 4,3 (**Figura 1**).

¿En qué diagnóstico pensamos?

- Absceso escrotal
- Celulitis
- Síndrome de Fournier
- Enfermedad de Crohn

GANGRENA DE FOURNIER

Es una fascitis necrosante sinérgica, multimicrobiana, de origen infeccioso, que produce gangrena de piel de región genital, perineal, o perianal. Su mayor frecuencia se observa en pacientes de 20 a 50 años, los varones se afectan más que las mujeres en proporción 10:1 y la tasa de mortalidad aún es alta.¹ El manejo clínico debe ser rápido y oportuno, con aplicación



Figura 1.

intravenosa de líquidos, electrolitos y antibióticos de amplio espectro, a fin de lograr la estabilización hemodinámica del paciente antes de la intervención quirúrgica. La cirugía precoz con desbridamiento extenso de tejidos desvitalizados constituye la base principal del tratamiento.¹

La gangrena de Fournier (GF) se conoce desde la antigüedad. Afirma *Litchfiel*² que la habría padecido Herodes el Grande de Judea junto con diabetes mellitus.

Según *Nathan*,³ fue descrita por el famoso médico persa Avicenna en el año 877 d. C.

Fue *Baurienne*, en 1764, quien hizo la primera descripción clínica de la enfermedad.⁴

Jean Alfred Fournier, en 1883, utilizó el término de *gangrena fulminante del pene y del escroto* al describir esta entidad clínica, en cinco varones jóvenes con gangrena escrotal.⁵ En la actualidad, esta enfermedad aún se conoce con su nombre.

Es característica común en los enfermos, la debilidad inmunológica o inmunosupresión, hábitos higiénicos deficientes y baja condición socioeconómica.⁷ Se constata disminución de la inmunidad celular del huésped.⁸

Es muy frecuente la presencia de enfermedad sistémica condicionante, más frecuentemente diabetes y alcoholismo crónico⁹ o hepatitis alcohólica.¹⁰

Por la inmunosupresión, tiene probabilidad de presentarse en pacientes trasplantados,¹¹ con quimioterapia antineoplásica¹² y puede ser la primera manifestación de la infección por HIV.¹³ También se ha encontrado en pacientes con alteración de la microcirculación por depósitos de calcio (calcifilaxis) que ocasiona necrosis sistémica¹⁴ y con enfermedad de Crohn.¹⁵

ETIOLOGÍA

Ordinariamente no se identifica el origen de la infección, que es una sinergia bacteriana.¹⁶ La localización es en área perineal, urogenital y anal.¹⁷

Al originarse por déficit inmunológico, se observa el desarrollo de gérmenes oportunistas de baja virulencia¹⁸ coexistiendo microorganismos aerobios con anaerobios.¹⁹ La mayoría de ellos son flora normal de vías digestivas y de periné.⁶ Generalmente son enterobacterias, particularmente *Escherichia coli*, *Bacteroides* y especies de *Streptococcus*, y menos frecuentemente *Staphylococcus*, *Peptostreptococcus*, *Clostridium* y *Pseudomonas*.²⁰ En algunos casos se han descrito también especies de *Candida*.²¹

Un signo patognomónico de infección por gérmenes anae-



Figura 2.

róbicos es la crepitación de la zona cutánea afectada, a veces con secreción fétida, debida a la degradación de hidrógeno y nitrógeno; *Clostridium perfringens* está presente en más del 90% de esos casos.¹⁹

PRIMEROS SINTOMAS

Localmente

Dolor o prurito en pene o escroto, precedido o acompañado de fiebre y escalofríos. Edema genital, que rápidamente se extiende. Inflamación o enfisema subcutáneo, que puede extenderse hacia pared abdominal o hacia muslos y tejidos perianales.²⁵

A nivel general

Fiebre, postración, náuseas, vómitos, íleo intestinal.

EVOLUCIÓN

Infección local que progresa con inflamación extensa, hasta comprometer fascias profundas afectando pene y escroto, y toda el área perineal y perianal.²²

Mayormente se detectan como **factores desencadenantes un trauma local** que permite el ingreso bacteriano subcutáneo o una infección urinaria.

Se produce una **endarteritis obliterativa**, que genera la trombosis vascular subcutánea y consiguiente necrosis tisular.²³

La **necrosis tisular** a su vez, favorece el ingreso de la flora comensal a áreas previamente estériles.⁶ La combinación de isquemia más acción sinérgica de bacterias origina destrucción tisular.⁶

Varios autores afirman que se produce **interacción** entre lesión inicial (traumática, urogenital o anorectal) y la respuesta



Figura 3.



Figura 4.

inmunitaria deprimida del huésped. Las particularidades del microorganismo involucrado determinarán la magnitud de la infección y la destrucción tisular.²⁴

DIAGNÓSTICO

Ultrasonido de escroto.

Permite diferenciar la GF de la patología intraescrotal, que comúnmente produce dolor, eritema y edema.²⁶

Tomografía axial computada

Es útil en delimitar la extensión de la infección y puede revelar el origen rectal o urogenital de ésta.²⁷

Resonancia magnética

Permite definir los planos de las fascias involucradas y determina el punto de origen y extensión de la lesión.²⁸



Figura 5.



Figura 6.



Figura 7.



Figura 8.



Figura 9.

Biopsia de piel

Raramente necesaria para confirmar diagnóstico. Hallazgos histológicos característicos: epidermis intacta (al inicio), necrosis dérmica y subcutánea, trombosis vascular e infiltración por neutrófilos.¹⁹

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Patologías anorrectales que producen dolor, edema y eritema: celulitis, hernia estrangulada, absceso escrotal, fascitis necrosante estreptocócica, síndrome de oclusión vascular, gangrena piodérmica, vasculitis alérgica, eritema migratorio necrolítico, necrosis warfarínica y eritema gangrenoso por *Pseudomonas*.⁶

Atención de nuestro paciente - Tratamiento

Conducta terapéutica²⁹⁻³¹

- Internación
- Cirugía
- Infectología
- Urología
- Cámara hiperbárica

Cirugía

Debridamiento perineal + colostomía transversa + talla vesical (**Figuras 2 y 3**).

Tratamiento antibiótico³²

Ceftriaxona/metronidazol IV (desde el ingreso).

Infectología

AMS 1,5 g c/6 hs (gérmenes sensibles en cultivo) por 5 días y rotar a amoxicilina-clavulánico 1 g c/8 hs.

¿Cómo continúa el tratamiento?³³⁻³⁵

- Curación diaria de la herida
- Antibioticoterapia
- Cámara hiperbárica
- Seguimiento por Cirugía, Infectología y Urología

Cámara hiperbárica

La **Figura 4** muestra la evolución después de 10 sesiones de cámara hiperbárica.



Figura 10.



Figura 11.



Figura 12.



Figura 13.



Figura 14.



Figura 15.



Figura 16.



Figura 17.



Figura 18.



Figura 19.

COBERTURA CUTÁNEA^{36,37}

Autoinjerto de piel parcial, $\frac{3}{4}$ de espesor; dos sesiones.

RESULTADOS

Resultados en noviembre (Figuras 5 a 7).

Resultados en diciembre (Figuras 8 a 15).

Resultados en enero y al alta provisoria (Figuras 16 a 19).

PRONÓSTICO

La morbilidad se refleja en la duración de la estancia hospitalaria, la cual puede llegar hasta 280 días.³⁸ En nuestro caso permaneció internado desde el 26 de septiembre hasta el 18 de noviembre, continuando el control ambulatorio hasta fin de diciembre. La tasa de mortalidad fluctúa de 3 a 45%,³⁹ aunque puede elevarse hasta 67%,⁴² debido a la naturaleza agresiva de la infección.⁴⁰ Las complicaciones que pueden aumentar la mortalidad son: vejez, tratamiento inadecuado, presencia de *shock*, sepsis o compromiso testicular, bajo hematocrito, retención azoada, hipoalbuminemia e inestabilidad hemodinámica.^{18,41-43}

Las causas de muerte más frecuentes son: sepsis severa, coagulopatía, insuficiencia renal aguda, cetoacidosis diabética y falla multiorgánica.^{9,44,45}

El compromiso local se asocia con la tasa de mortalidad: los pacientes con más de 5% de superficie corporal lesionada tienen mayor riesgo de morir.⁴⁶

La colostomía precoz, por su parte, reduce la tasa de mortalidad en pacientes con infección anorrectal severa.⁴⁷

La gangrena de Fournier es una entidad clínica grave, pero el pronóstico es bueno cuando el tratamiento se instaura en la fase inicial de la enfermedad.⁴⁸⁻⁵⁰

CONCLUSIONES

Hacemos la presentación de un caso de una patología de baja frecuencia de aparición y con alta morbimortalidad, que depende de un pronto diagnóstico para evitar el desarrollo de toda la potencialidad patógena que posee.

El paciente ha podido recuperar la condición de salud inicial, ya que no sufre merma en la actividad evacuatoria miccional o intestinal, y mantiene una funcionalidad sexual sin limitaciones.

En nuestro caso, debimos atender a un paciente en el que no se pudo diagnosticar tempranamente la afección, pese a lo

cual, utilizando todos los recursos disponibles, se logró obtener un resultado benigno y con casi nula secuela.

BIBLIOGRAFÍA

1. Urdaneta Carruyo E, Méndez Parr A, Urdaneta Contreras AV. Fournier's gangrene. Current perspectives. *An Med Interna (Madrid)* 2007;24(4):190-4.
2. Litchfield WR. The bittersweet demise of Herod the Great. *J R Soc Med* 1998;91:283-4.
3. Nathan B. Fournier's gangrene: a historical vignette. *J Can Surg* 1998;41:72 (Letter; comment).
4. Baurienne H. Sur une plaie contuse qui s'est terminée par le sphacèle de le scrotum. *J Med Chir Pharm* 1764;20:251-6. Citado por Smith GL y cols.
5. Fournier JA. Gangrene foudroyante de la verge. *Medecin Pratique* 1883;4:589-97. Citado por Vick R y cols. 30.
6. Smith GL, Bunker CB, Dinneen MD. Fournier's gangrene. *Br J Urol* 1998;81:347-55.
7. Urdaneta-Carruyo E, Méndez-Parra A, Urdaneta-Contreras AV. Gangrena de Fournier en la edad pediátrica. *Memorias LI Congreso Nacional de Puericultura y Pediatría. Puerto La Cruz, Venezuela, 2005.*
8. Rajbhandari SM, Wilson RM. Unusual infections in diabetes. *Diabetes Res Clin Pract* 1998;39:123-8.
9. Baskin LS, Carroll PR, Cattolica EV, Mc Aninch JW. Necrotizing soft tissue infections of the perineum and genitalia. Bacteriology, treatment and risk assessment. *Br J Urol* 1990;65:524-9.
10. Urdaneta-Carruyo E, Méndez-Parra A, Urdaneta-Contreras AV. Preescolar con síndrome nefrótico y gangrena de Fournier en escroto. *Memorias VI Congreso Latinoamericano de Nefrología Pediátrica. Valencia, Venezuela, 1999.*
11. Zenda T, Kobayashi T, Miyamoto S, Okada T. Severe alcoholic hepatitis accompanied by Fournier's gangrene. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2003;15:419-22.
12. Walther PJ, Andriani RT, Maggio MI, Carson CC III. Fournier's gangrene: a complication of penile prosthetic implantation in a renal transplant patient. *J Urol* 1987;137:299-300.
13. Heurkens AH, Peters WG, van den Broek PJ, Willemze R. Fournier's gangrene or fulminant necrotizing fasciitis of the scrotum and penis as a complication of granulocytopenia in a patient with acute myelogenous leukemia (AML). *Neth J Med* 1988;32(5-6):235-9.
14. Merino E, Boix V, Portilla J, Reus S, Priego M. Fournier's gangrene in HIV-infected patients. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 2001;20:910-3.
15. So A, Bell D, Metcalfe P, Gupta R. Calciphylaxis of the penis: a unique cause of Fournier's gangrene. *Can J Urol* 2001;8:1377-9.
16. Jiang T, Covington JA, Haile CA, Murphy JB, Rotolo FS, Lake AM. Fournier gangrene associated with Crohn disease. *Mayo Clin Proc* 2000;75:647-9.
17. Huang L, Chuang J, Tunnesen W. Picture of the month. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1996;150:1307-8.
18. Villanueva-Sáenz E, Martínez Hernández-Magro P, Valdés Ovalle M, Montes Vega J, Álvarez-Tostado F JF. Experience in management of Fournier's gangrene. *Tech Coloproctol* 2002;6:5-10; discussion 11-13.
19. Laucks SS. Fournier's gangrene. *Surg Clin North Am* 1994; 74: 1339-52.
20. Paty R, Smith AD. Gangrene and Fournier's gangrene. *Urol Clin North Am* 1992;19:149-62.
21. Basoglu M, Gul O, Yildiran I, Balik AA, Ozbey I, Oren D. Fournier's gangrene. Review of fifteen cases. *Am Surg* 1997;63:1019-21.
22. Johnin K, Nakatoh M, Kadowaki T, Kushima M, Koizumi S, Okada Y. Fournier's gangrene caused by *Candida* species as the primary organism. *Urology* 2000;56:153.
23. Jones RB, Hirschmann JV, Brown GS, Tremann JA. Fournier's syndrome: necrotizing subcutaneous infection of the male genitalia. *J Urol* 1979;122:279-82.
24. Pizzorno R, Bonini F, Donelli A, Stubinski R, Medica M, Carmignani G. Hyperbaric oxygen therapy in the treatment of Fournier's disease in 11 male patients. *J Urol* 1997;158(3Pt1):837-40.
25. Stone HH, Martin JD Jr. Synergistic necrotizing cellulitis. *Ann Surg* 1972;175:702-11.
26. Hejase MJ, Simonin JE, Bihle R, Coogan CL. Genital Fournier's gangrene: experience with 38 patients. *Urology* 1996;47:734-9.
27. Dogra VS, Smeltzer JS, Poblette J. Sonographic diagnosis of Fournier's gangrene. *J Clin Ultrasound* 1994;22:200-4.
28. Jean-Charles N, Sadler MA. Necrotizing perineal fasciitis in two paraplegic nursing-home residents: CT imaging findings. *Abdom Imaging* 2001;26:443-6.
29. Kickuth R, Adams S, Kirchner J, Pastor J, Simon S, Liermann D. Magnetic resonance imaging in the diagnosis of Fournier's gangrene. *Eur Radiol* 2001;11:787-90.
30. Carter PS, Banwell PE. Necrotising fasciitis: a new management algorithm based on clinical classification. *Int Wound J* 2004;1:189-98.
31. Yanar H, Taviloglu K, Ertekin C, Guloglu R, Zorba U, Cabioglu N, Baspinar I. Fournier's gangrene: risk factors and strategies for management. *World J Surg* 2006;30:1750-4.
32. Taviloglu K, Yanar H. Necrotizing fasciitis: strategies for diagnosis and management. *World Journal of Emergency Surgery* 2007;2:19.
33. Carter PS, Banwell PE. Necrotising fasciitis: a new management algorithm based on clinical classification. *Int Wound J* 2004;1:189-98.
34. Chenchen W, et al. Hyperbaric Oxygen for Treating Wounds. *Arch Surg* 2003;138:272-79.
35. Jallali N, Withey S, Butler PE. Hyperbaric oxygen as adjuvant therapy in the management of necrotizing fasciitis. *Am J Surg* 2005;189:462-6.
36. Wilkinson D, Doolette D. Hyperbaric oxygen treatment and survival from necrotizing soft tissue infection. *Arch Surg* 2004;139:1339-1345.
37. Ferreira P, Reis J, Amarante JM, Silva A, Pinho C, Oliveira I, et al. Fournier's gangrene: a review of 43 reconstructive cases. *Plastic Reconst Surg* 2007;119:175-84.

38. Horta R, Cerqueira M, Marques M, Ferreira P, Reis J, Amarante J. Gangrena de Fournier: de urgencia urológica hasta el departamento de cirugía plástica. *Actas Urol Esp* 2009;33(8):925-929.
39. Barkel DC, Villalba MR. A reappraisal of surgical management in necrotizing perineal infections. *Am Surg* 1986;52:395-7.
40. Vick R, Carson CC III. Fournier's disease. In: Carson CC III. *Infections in Urology*. W. B. Saunders Co: Philadelphia. *Urol Clin North Am* 1999;26: 841-9.
41. Sutherland ME, Meyer AA: Necrotizing soft tissue infections. *Surg Clin N Am* 1994;74:591-607.
42. Oh C, Lee C, Jacobson J. Necrotizing fasciitis of perineum. *Surg* 1982;91:49-51.
43. Moorthy K, Rao PP, Supe AN. Necrotising perineal infection: a fatal outcome of ischiorectal fossa abscesses. *J R Coll Surg Edinb* 2000;45:281-4.
44. Gabilondo NF. Factores pronósticos en gangrena de Fournier. *Rev Mex Urol* 2002;62:58-61.
45. Slater DM, Smith GT, Mundy K. Diabetes mellitus with keto-acidosis presenting as Fournier's gangrene. *J Roy Soc Med* 1982;75:530-2.
46. Scott SD, Daves RFH, Tate JJT, Royle GT, Karran SJ. The practical management of Fournier's gangrene. *Ann R Coll Surg Engl* 1988;70:16-20.
47. Palmer LS, Winter HI, Tolia BM, Reid RE, Laor E. The limited impact of involved surface area and surgical debridement on survival in Fournier's gangrene. *Br J Urol* 1995;76:208-12.
48. Chen CS, Liu KL, Chen HW, Chou CC, Chuang CK, Chu SH. Prognostic factors and strategy of treatment in Fournier's gangrene: A 12-year retrospective study. *Changgeng Yi Xue Za Zhi* 1999;22:31-6.
49. Roca B, Simon E. Gangrena de Fournier. *An Med Interna (Madrid)* 1996;13:608-11.
50. Norton KS, Johnson LW, Perry T, Perry KH, Sehon JK, Zibari GB. Management of Fournier's gangrene: An eleven year retrospective analysis of early recognition, diagnosis, and treatment. *Am Surg* 2002;68:709-13.
51. Korkut M, Icoz G, Dayangac M, Akgun E, Yeniay L, Erdogan O, Cal C. Outcome analysis in patients with Fournier's gangrene. Report of 45 cases. *Dis Colon Rectum* 2003;45:649-52.

TUMORES DE LÍNEA MEDIA: QUISTES DERMOIDES NASOETMOIDALES

Iwanyk P, Iacuzzi S, Tohus G, Schirmer C.
Cirugía Plástica Pediátrica, Hospital Italiano de Buenos Aires.

Correspondencia: paulina.iwanyk.hiba.org.ar

INTRODUCCIÓN

Las tumoraciones de la línea media frontonasal generalmente se hacen perceptibles desde el nacimiento o en forma temprana durante la vida del niño. Clínicamente pueden presentarse como un nódulo subcutáneo y/o como un orificio fistuloso cutáneo con pelos, a cualquier nivel de la línea media nasal. El origen de estas malformaciones se encuentra en alteraciones durante el desarrollo embriológico.

Las lesiones más frecuentes incluyen a los quistes epidérmicos y dérmicos, gliomas, y meningoencefalocele.¹ La diferenciación entre ellas y otras lesiones de similar apariencia es necesaria para un adecuado enfoque terapéutico.

Los quistes dermoides nasoesmooidales son malformaciones raras de origen endodérmico, su incidencia es de 1 cada 20.000 nacidos vivos.² Constituyen el 1-3% de todos los quistes dermoides del cuerpo y el 3-12% de los de cabeza y cuello.⁶ En su mayoría se presentan en forma esporádica, aunque se han reportado casos de ocurrencia familiar. Aunque su asociación con alteraciones congénitas es infrecuente, Wardinsky y coautores reportaron una incidencia de éstas del 41% en pacientes con quistes dermoides.³ En los niños representan el 61% de las lesiones de la línea media nasal.⁴

Están constituidos por una masa bien delimitada rodeada por una cápsula fibrosa; en su interior se encuentra un contenido amarillento líquido o pastoso y su pared se halla tapizada por epitelio escamoso, que incluye anexos cutáneos como glándulas sudoríparas y sebáceas y folículos pilosos.

ETIOLOGÍA EMBRIOLOGÍA

La teoría más aceptada sobre la embriogénesis de localización nasal de gliomas, encefalocele y quistes dermoides fue propuesta por Grunwald en 1910 y elaborada luego por Pratt en 1965. Según ésta, durante en el desarrollo embriológico, la nariz está formada por tres planos: ectodermo, mesodermo y un plano cartilaginoso profundo. Entre los 50 y 60 días de gestación los huesos frontales y nasales se forman por osificación del mesodermo, pero continúan separados entre sí por un espacio denominado *fonticulus nasofrontalis*. Entre los huesos frontal, nasal y el plano cartilaginoso queda conformado un espacio desde la glabella hasta la punta nasal. Una evaginación de la duramadre, con o sin tejido encefálico y aracnoides puede extenderse hacia este espacio, anteriormente, a través del *fonticulus nasofrontalis* o hacia abajo

a través del hueso frontal en formación. La duramadre toma contacto con la piel suprayacente y puede adherirse a ésta. Normalmente la piel se separa de la duramadre y la evaginación de ésta se retrae. Si la adherencia a la piel persiste durante la retracción de la duramadre, se produce la formación de un seno o un quiste dermoide. En los casos en que persiste tejido neural extracraneal dará lugar a la formación de un glioma o encefalocele, de acuerdo con su contenido.^{1,4}

DIAGNÓSTICO

Clínicamente el diagnóstico suele hacerse durante los primeros tres años de vida, aunque pueden pasar desapercibidos hasta la edad adulta. Este tipo de lesiones se manifiestan clásicamente como un seno cutáneo acompañado por una tumoración sobre la línea media nasal con salida de material sebáceo y pelos. Habitualmente se ubica en el dorso nasal pero puede localizarse en cualquier parte entre la columela y la glabella. La ubicación del *ostium* del seno cutáneo se encuentra a nivel de la glabella-nasion en 29% de los casos, en el puente nasal en 21%, en la punta nasal en 21%, en la columela en el 29% de los pacientes. En algunos pueden observarse múltiples senos cutáneos.^{1,4}

Estos tumores carecen de potencial de malignización.

Los quistes dermoides nasales difieren de los de otras localizaciones, en que tienen el potencial de involucrar estructuras profundas intracraneales. Antiguamente se creía que la extensión intracraneal afectaba a 1-2% de los casos, pero publicaciones posteriores indican que la prevalencia es más alta y que puede variar entre 10 y 45%.³

Ante la presencia de una masa nasal se debe evitar la biopsia hasta completar los estudios imagenológicos, RMN o TC, que permitan confirmar su origen y descartar la comunicación intracraneal.

TRATAMIENTO

Los quistes no diagnosticados crecen progresivamente involucrando tejidos subyacentes y provocando deformidad de la zona y pueden, además, complicarse con infecciones, obstrucciones de la vía lacrimal e inclusive abscesos y meningitis en aquellos que tienen un componente intracraneal.

El tratamiento adecuado consiste en la resección de todos sus componentes (extra e intracraneales) mediante un abordaje directo sobre la lesión de la línea media y abordaje por vía co-

ronal, con craneotomía frontal, junto a equipos de neurocirugía a fin de realizar la resección completa de la lesión.⁴

La cicatrización de las heridas directas en la región nasal provee un resultado estético aceptable a largo tiempo y debido a que en los niños la capacidad de remodelación ósea (en casos donde la lesión horada los huesos nasales) es excelente, estos defectos no producen deformidades permanentes del esqueleto nasal.

OBJETIVO

Presentar el tratamiento de quistes dermoides nasoetmoidales en sus distintas variantes, realizado en Cirugía Plástica Pediátrica del Hospital Italiano de Buenos Aires.

Caso 1

Paciente femenino de 3 años con diagnóstico de quiste dermoide frontal (**Foto 1**), sin compromiso intracraneal en TC, el cual se trató mediante abordaje directo y resección de la lesión hasta el plano óseo (**Foto 2**).



Foto 1.



Foto 2.

Caso 2

Paciente femenino de 5 años que al examen presentaba un *ostium* cutáneo columelar y una lesión quística en labio superior, con infecciones a repetición de la zona (**Foto 3**). Se realizó resección de la lesión quística y del trayecto fistuloso cutáneo a través de un abordaje directo (**Foto 4**).



Foto 3.



Foto 4.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se presentan seis casos de pacientes con diagnóstico de quiste dermoide nasoetmoidal, a los cuales se les realizó la resección completa de la lesión. De éstos, dos son de sexo masculino y cuatro femenino, con un rango de edad comprendido entre los 2 y 8 años.

La distribución de localización de las lesiones fue: uno frontal, uno en dorso nasal, uno lateronasal, dos de localización en base columelar y uno nasal con extensión endocraneal.

Caso 3

Niño de 6 años con diagnóstico de lesión quística en dorso nasal y orificio de drenaje en punta nasal (**Foto 5**). Se realizó resección por abordaje directo sobre el quiste tutorizando el trayecto cutáneo con una guía de teflón (**Foto 6**), se puede observar en la fotografía intraoperatoria la erosión en el hueso nasal provocada por la tumoración (**Foto 7**).



Foto 5.

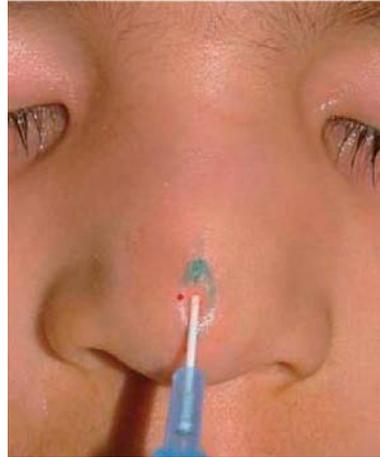


Foto 6.



Foto 7.

Caso 4

Niña de 5 años que presentaba una fístula cutánea en línea media de labio superior y trayecto ascendente hacia columela nasal, con múltiples episodios de complicaciones infecciosas y drenaje de material sebáceo secuela de la resección incompleta, por vía endo oral, de quiste en base de columela, en el cual no se trató el trayecto y ostium cutáneo (Fotografía 8). Se realizó la resección completa del trayecto fistuloso tutorizado sobre una guía de teflón (**Fotos 9 y 10**).



Foto 8.

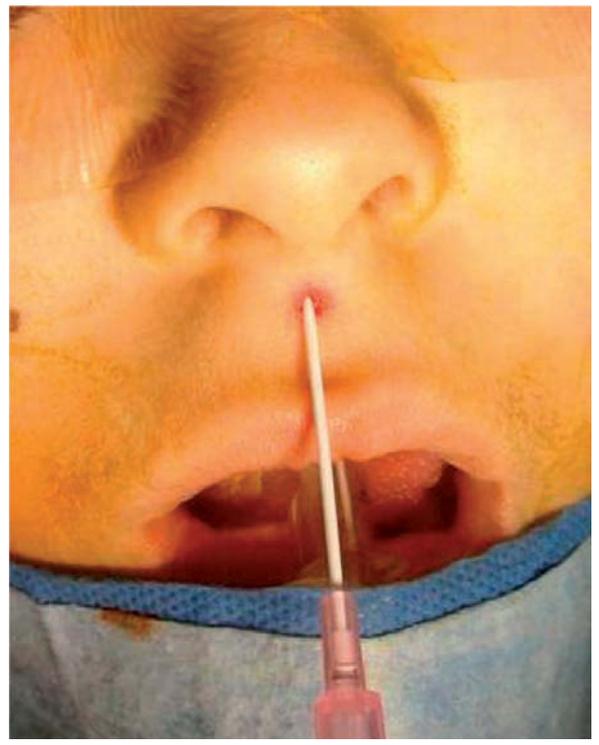


Foto 9.

Caso 5

Varón de 2 años con diagnóstico de lesión quística en lateral nasal y *ostium* cutáneo de drenaje en dorso, sin evidencia de compromiso endocraneal en TC (**Foto 11 superior**). Se trató mediante abordaje nasal directo sobre la lesión quística, resecano su trayecto hasta la piel (**Foto 11 inferior**). Se comprobó intraoperatoriamente la presencia de material piloso dentro del quiste así como la erosión ósea de los huesos nasales revelada en los estudios por imágenes (**Foto 12**).

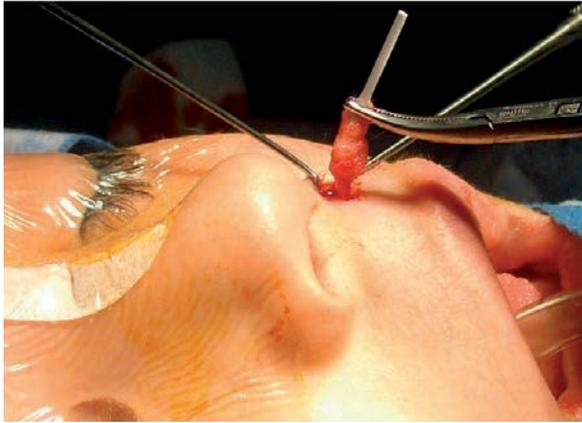


Foto 10.



Foto 11.

Caso 6

Niña de 8 años con flogosis y dolor en cara lateral de raíz nasal. Al examen presentaba notoria proyección de la punta nasal, presente desde el nacimiento (**Foto 13**). Se solicitó TC la que reveló la presencia de lesiones quísticas nasales en punta, región lateral y proyección en reloj de arena hacia endocráneo (**Foto 14**). Se realizó tratamiento interdisciplinario (Cirugía Plástica y Neurocirugía) con abordaje combinado de las lesiones en forma directa sobre la nariz (**Foto 15**) y a través de una incisión coronal más craneotomía para acceder a la prolongación endocraneal (**Foto 16**). En la **Foto 17** se puede observar la pieza quirúrgica extirpada y su correlación con las imágenes tomográficas. En las imágenes comparativas preoperatorias y posoperatorias se aprecia el buen resultado cosmético tras el abordaje nasal directo (**Foto 18**).



Foto 12.



Foto 13.

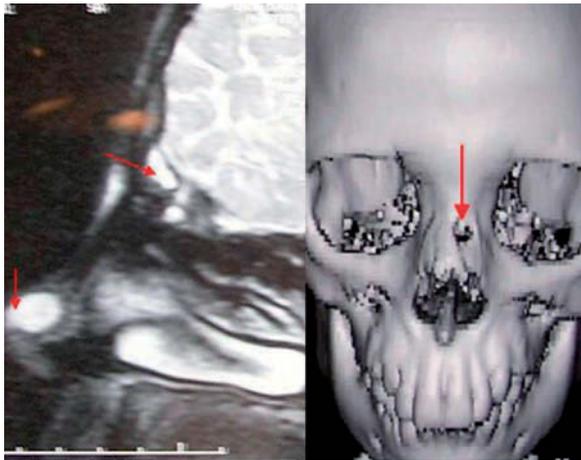


Foto 14.

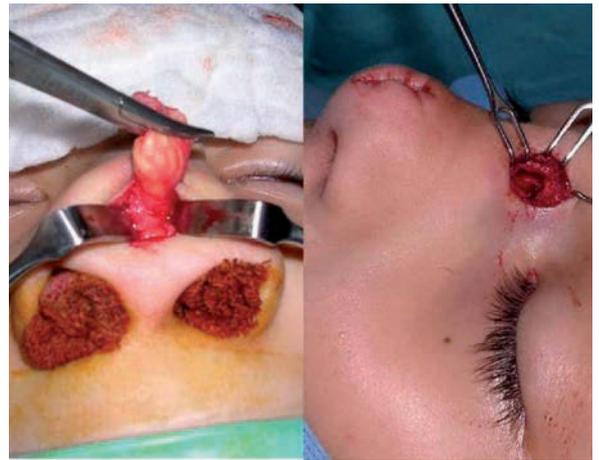


Foto 15.

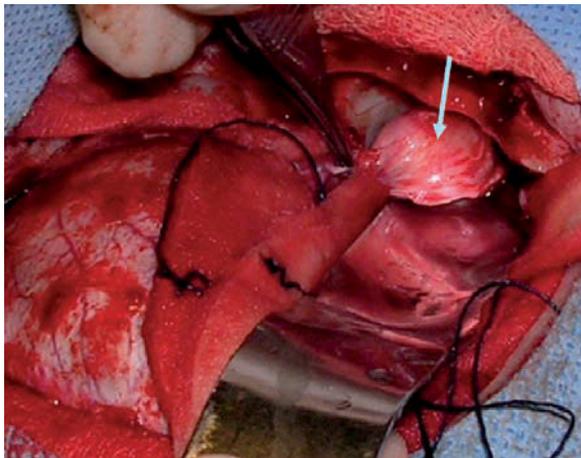


Foto 16.

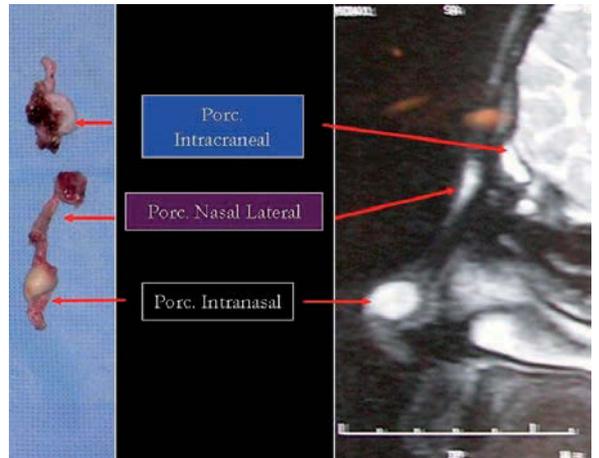


Foto 17.



Foto 18.

CONCLUSIÓN

A pesar de ser una patología de baja frecuencia, la importancia de los quistes dermoides nasoetmoidales no debe ser subestimada debido a su estrecha relación con el SNC; se requieren conocimientos de embriogénesis de las estructuras faciales y craneales. El tratamiento de elección es la extirpación quirúrgica completa del quiste y su trayecto fistuloso a fin de evitar las infecciones recurrentes de la lesión y las recidivas.

Ante la confirmación imagenológica de una extensión intracraneal (10-45% de los casos) y a fin de evitar complicaciones como meningitis o abscesos cerebrales secundarios, la participación de un equipo interdisciplinario, con neurocirugía es una necesidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rohrich R, Lowe J, Schwartz M. The role of open rhinoplasty in the management of nasal dermoid cysts. *Plast Reconstr Surg* 1999;104:2163.
2. Yavuzer R, Bier U, Jackson I. Be careful: it might be a nasal dermoid cyst. *Plast Reconstr Surg* 1999;103(7):2082.
3. Posnick JC. *Craniofacial and maxillofacial surgery in children and young adults*. Ed 2000. Vol 2. Cap 25 (531-563).
4. Giugliano C, Castillo P. Quistes dermoides nasoetmoidales manejo quirúrgico. *Rev Chil Pediatr* 2002;73(4):380.

CORRECCIÓN DEL PEZÓN INVERTIDO USANDO UN SIMPLE DISPOSITIVO

INVERTED NIPPLE CORRECTION USING A SIMPLE DEVICE.

Alejandro Tuero¹, José Héctor Soria²

1. Cirujano Plástico egresado del Curso Superior de Especialización de la SACPER. 2. Cirujano Plástico Docente del Curso Superior de Especialización de la SACPER.

Correspondencia: Dr. Alejandro Tuero. Arte y Dogma, Av. Cabildo 3193, (1156) CABA, Rep. Argentina | aletuero@hotmail.com

Parte de este trabajo fue leído en el 41º Congreso Argentino de Cirugía Plástica en Cataratas del Iguazú, Misiones, Abril de 2011.

RESUMEN

El cirujano argentino Héctor Marino sobresale como pionero en el progreso del tratamiento del pezón invertido. Emplea en el posoperatorio un ingenioso artefacto por él concebido. Los autores presentan un procedimiento para revertir el pezón umbilicado, de fácil ejecución, basado en: (1) sección de los conductos galactóforos; (2) alargamiento del pezón; (3) apoyado por un dispositivo simple, accesible y a muy bajo costo.

Palabras claves: pezón invertido, férula, apósito.

SUMMARY

Hector Marino, Argentine surgeon, was pioneer in the inverted nipple treatment and creator of an ingenious device for post-operative period. The authors make a present of an easy and practicable method, based in: (1) galactophorous ducts division; (2) nipple enlargement; (3) supported for a simple, accessible and inexpensive splint.

Key words: inverted nipple, splint, postoperative device.

INTRODUCCIÓN

La funcionalidad del pezón está íntimamente relacionada con la sensualidad y con la lactancia. Por lo tanto, la corrección quirúrgica del pezón invertido no es un procedimiento que se realiza solamente con fines estéticos.

La mayoría de las invertotelias adquiridas son la expresión de una secuela de una reducción mamaria o están relacionadas

con procesos inflamatorios (mastitis ductal), y en menor medida están causadas por un carcinoma retromamilar.

Cuando son congénitas, invariablemente están acompañadas de acortamiento de los conductos galactóforos.

De acuerdo con distintos autores, su incidencia ronda alrededor del 2% de la población, vinculada en mayor medida a mamas grandes y péndulas.¹⁻⁶

Estos conceptos atinentes a su origen y a su frecuencia ya fueron enunciados en 1951 por Héctor Marino, de manera sintética, al decir que *“la inversión del pezón es una afección relativamente común y puede ser debida a una alteración del desarrollo, con acortamiento de los galactóforos o puede ser adquirida, de resultas de fenómenos inflamatorios repetidos, o causada por tumor maligno”*.⁷

Su rectificación quirúrgica la concebía plenamente justificada por tres razones:

1. Cuando hay dificultad en la lactancia materna.
2. Cuando acarrea trastornos estéticos, psicológicos o sexuales.
3. Cuando está acompañada de procesos inflamatorios, *“causados por la acumulación y fermentación de las secreciones glandulares”*.⁷



Figura 1. Dr. Héctor S. Marino. Cirujano Maestro de la Cirugía Plástica Argentina.

A fines del siglo XIX se reconocen las publicaciones de F. A. Kehrer (*mammilliplasty*, Alemania, 1879); W. L. Axford

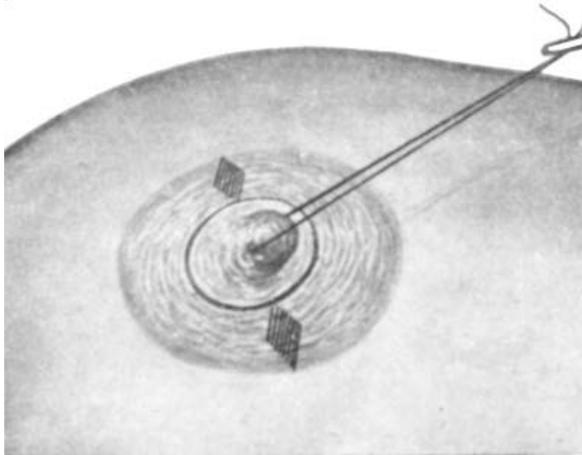


Figura 2. Trazado de las incisiones sobre la areola.

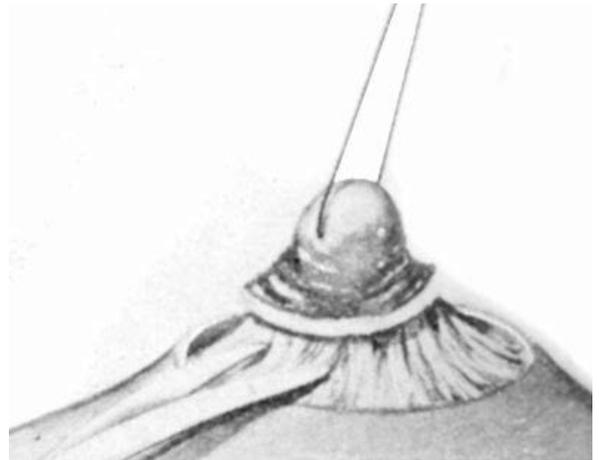


Figura 3. Sección de las bridas fibromusculares.



Figura 4. Dispositivo para mantener el pezón proyectado.



Figura 5. Colocación del punto tractor en el borde libre del pezón.

(*mamillaplasty*, E.E.U.U., 1889); K. Basch (quien escinde el *strictured areolar muscle*, Alemania, 1893); W. R. Williams (Gran Bretaña, 1894); y a principios del siglo siguiente, H. Sellheim (Alemania, 1917).^{3,7}

No se debe omitir mencionar a Tord Skoog (Suecia, 1952), a Victor Spina (Brasil, 1957) y, por sobre todo, a Héctor Marino (Argentina, 1951) (Figura 1), motivo del presente artículo.

Precisamente, esta presentación tiene el doble objetivo de ponderar la utilidad del dispositivo, empleado por nosotros, en el posoperatorio, para mantener elevado al pezón; y de recordar al Maestro de la Cirugía Plástica Argentina, haciendo un paralelo con el artificio por él propuesto.

Se hará también una sucinta referencia al procedimiento que utilizamos para revertir el pezón umbilicado.

MATERIAL Y MÉTODO

Héctor Marino emplea la técnica de Sellheim, que era la más utilizada en esa época (alrededor del año 1950), a la que *“le agrega detalles importantes en el posoperatorio, que aseguran la obtención de un pezón cosmética y funcionalmente aceptable”*.

Bajo anestesia local, pasa un punto de seda fina, por transfixión, para poder traccionar el pezón, que luego servirá para mantenerlo erecto en el posoperatorio.

Con la areola desplegada, se la incide hasta alcanzar la dermis profunda, en forma circular, en un punto equidistante entre su borde y el pezón.

Luego se escinden dos rombos, de piel de areola, ubicados en horas 3 y 9; y cuyos vértices contacten, por un lado con el borde de la areola y por el otro, con el círculo ya descrito (Figura 2).

Desde la incisión circular, disecciona la base del pezón y con tijera secciona las bridas musculares y fibrosas que lo retienen a la profundidad.

Estas bridas son periféricas con respecto a los galactóforos – que deben ser preservados– ubicados en un plano más profundo. *“Esta maniobra se logra realizar fácilmente con un poco de práctica”* (Figura 3).

Nótese que no se menciona la necesidad de asistencia de algún medio de magnificación óptica, sino que se basa *“solamente”* en la práctica.

Conseguida la proyección planeada del pezón, sutura ambos

rombos y la incisión circular “con filamentos de nylon 00000, que no producen reacción local alguna”.

H. Marino considera que esta “simplificación” supera al trazado propuesto por Sellheim, que resulta más laborioso, debido a la multiplicidad de incisiones y suturas.

Llegado este momento, la mayor dificultad es conservar el efecto conseguido; ya que “cualquier clase de apósito común trae compresión del pezón y, como consecuencia, se reproduce la deformidad”.

Se trata entonces, de mantener la proyección obtenida durante unos días, mientras se consolida la cicatrización, mediante el sencillo apósito que se describe:

- Divide, por su ecuador, una pelota de ping pong, preferentemente de material transparente. Sobre el polo del hemisferio así obtenido, se hacen dos pequeños orificios.
- Alrededor de la areola operada coloca un rodete de varias capas de gasas y sobre éste, se ubica la semiesfera y pasa los extremos del punto tractor por los mencionados orificios, los que se anudan con ligera tensión (**Figura 4**).
- A los siete días retira el apósito y se comprueba que el anillo cicatrizal mantiene la proyección hacia adelante del pezón.

*“Con este procedimiento se han obtenido resultados satisfactorios y hasta ahora no ha habido ningún inconveniente por esfacelo de colgajos y se considera que, tanto los fines estéticos, como los funcionales, se han cumplido en su totalidad”.*⁷

La técnica que se describe a continuación la hemos empleado en pacientes que nos consultaron por hipomastia, que requerían la inclusión de prótesis mamarias, por la vía periareolar. Una vez terminada la introducción de la prótesis y antes de completar el cierre de la herida del abordaje, se atraviesa el extremo libre del pezón con un hilo de nylon 000, para exteriorizarlo y poder manejarlo con mayor comodidad (**Figura 5**). A continuación, se levanta, con una pinza de disección sin dientes, la cubierta dermo-epidérmica de la areola, en hora 6 (o en hora 12, si la incisión es periareolar superior); y con el bisturí hoja n° 11, avanzamos, bajo visión directa, en dirección centrípeta hacia la intimidad del pezón y se procede a cortar los tractos fibromusculares y los conductos galactóforos que lo retraen (**Figura 6**).

Se completa la síntesis de la incisión periareolar; y a continuación, delineamos 3 o 4 rombos en la unión areolomamilar, de tal manera que un triángulo del rombo se apoya en el pezón y el otro sobre la areola. Se escinde la piel así delimitada y luego de una somera hemostasia, se suturan sus bordes con puntos separados de nylon 0000 (**Figuras 7, 8 y 9**).

Para protegerlo del decúbito, se coloca un acolchado apósito de gasa sobre la areola y encima ubicamos el dispositivo, al que le anudamos el hilo tractor, ajustándolo a la altura deseada. Se lo mantiene en esa posición por dos semanas.

Este dispositivo se confecciona de la siguiente manera: corta-

mos por la mitad una jeringa de plástico de 10 cc. La porción que se utiliza es por donde se introduce el émbolo, aprovechando la existencia de dos orejuelas, que irá apoyada sobre la areola; y en el otro extremo se perforan dos orificios, necesarios para hacer pasar el hilo tractor (**Figuras 10 y 11**).

RESULTADOS

Desde julio de 2008 hasta junio de 2011 hemos intervenido diez pezones invertidos (n=10), pertenecientes a siete pacientes femeninos, de entre 20 y 42 años de edad. Tres de ellas tenían la deficiencia en forma bilateral.

Seis pezones invertidos, podían ser considerados grado II (n=6) y los cuatro restantes, grado III (n=4), de acuerdo con la clasificación de Han y Hong.^{8,9}

Todos fueron corregidos con el mismo procedimiento.

No se reportaron hematomas ni infección; en un caso hubo pequeño esfacelo en la sutura de uno de los rombos (1:10).

Como secuela, comprobamos hipoestesia transitoria en dos pezones (2:10).

En un caso, perteneciente al grupo de gravedad grado III –el que sufrió el esfacelo– hubo que reintervenir para salvar una recurrencia (1:10).

No tuvimos la oportunidad de evaluar la posibilidad de la aptitud para amamantar.^{2,10}

El control posoperatorio de cada uno de las pacientes fue estricto, cumpliendo con el protocolo que nos hemos impuesto, que en principio está diseñado para el seguimiento de pacientes con inclusión mamaria y que pronto será comunicado. Se recogió un alto grado de satisfacción por los resultados alcanzados (**Figuras 12, 13, 14, 15, 16 y 17**).

DISCUSIÓN

Si bien hubo y aún persisten intentos no invasivos para remediar la inversión del pezón, los cuales arrojan resultados variados, que están subordinados a su nivel de gravedad y al momento de su aparición (p. ej., último trimestre del embarazo), el tratamiento de elección es quirúrgico.^{4,11}

Por ello, Y. Megumi propone los siguientes principios, que se deberían respetar en la corrección quirúrgica:

1. Preservar la sensibilidad del pezón, la función del músculo areolar y la integridad de los conductos galactóforos.
2. Obtener una suficiente proyección del pezón.
3. Conseguir una eversión permanente del pezón.
4. Evitar dejar cicatrices fuera de la areola.
5. Lograr una técnica que se pueda emplear en todo tipo de inversión.¹²

A la luz de los conocimientos sobre la fisiopatología del pezón umbilicado, se pueden distinguir dos maneras de encarar el problema.

Los cirujanos, que utilizando distintos procedimientos con-



Figura 6. Diseción retro-areolar y sección de los conductos galactóforos.



Figura 7. Síntesis de la incisión periareolar y diseño de los rombos areolomamilares.

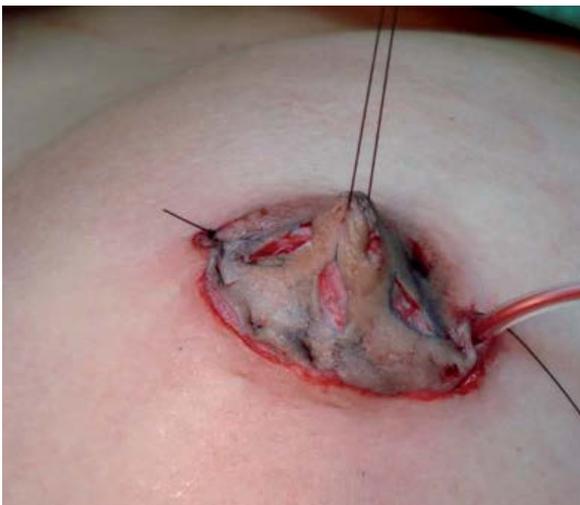


Figura 8. Escisión romboidal de la piel areolomamilar.

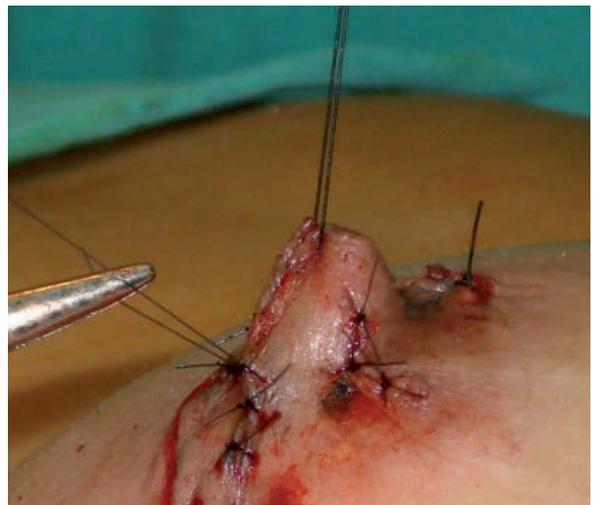


Figura 9. Alargamiento del pezón por el cierre vertical de los bordes de los rombos.



Figura 10. Dispositivo elaborado con una jeringa de 10 cc.

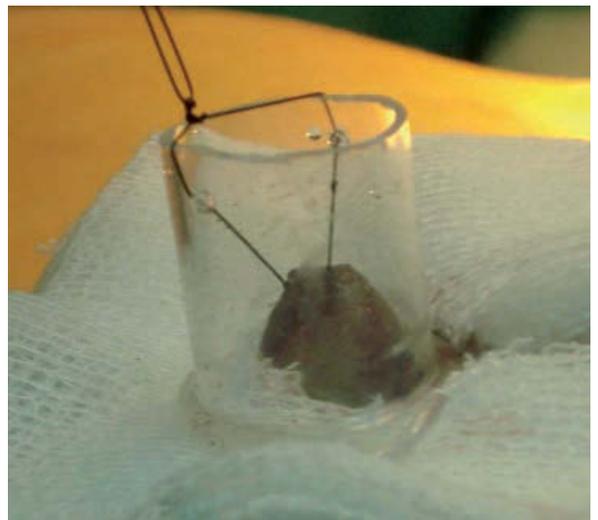


Figura 11. El dispositivo apoyado sobre una gasa, para prevenir el decúbito.

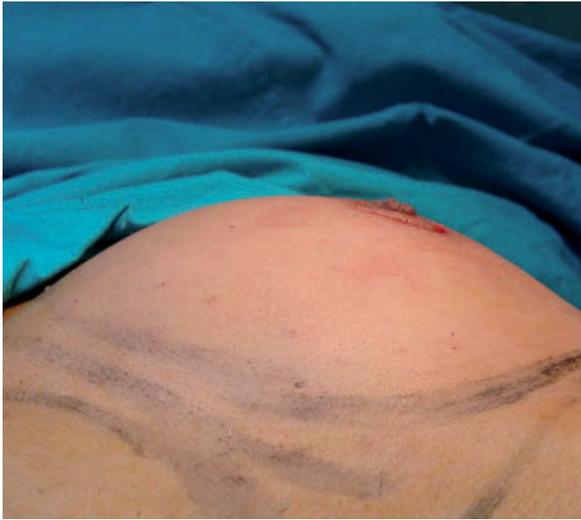


Figura 12. Paciente de 24 años con pezón invertido unilateral grado II.



Figura 13. Resultado en el perioperatorio.



Figura 14. Eversión obtenida luego de 6 meses de posoperatorio.

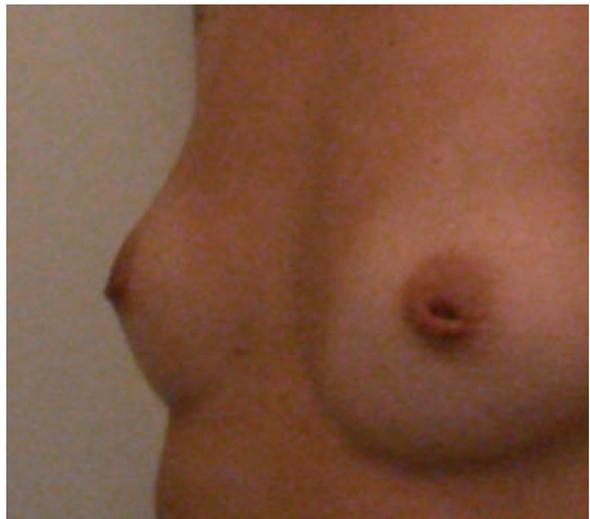


Figura 15. Preoperatorio de paciente de 22 años de edad con pezón invertido bilateral grado II.



Figura 16. Posoperatorio a los catorce días, luego de retirar el dispositivo.



Figura 17. Vista alejada de 24 meses de posoperatorio.

servan indemnes los conductos galactóforos, son: H. B. Lee; R. G. Schwager; E. Scholten; H. Marino; S. Han; Y. Megumi; E. A. D'Assumpção; N. I. Elsayh; K. Kurihara; J. M. Crestinu; D. Bi; F. M. Abenavoli.^{2-4,7,8,12-14,17-20}

Por otro lado, están los cirujanos que los seccionan: B. Teimourian; T. R. Broadbent; S. Han; O. J. Pereira Filho; C. R. Hartrampf; J. M. Hamilton; A. M. Morris; C. R. Rayner; B. Haesecker; D. J. Hauben; P. J. Chandler; I. J. Peled.^{5,6,8,10,15,16,21-26} Nosotros adherimos a esta postura, ya manifestada en la técnica que describimos.

Esta dicotomía no es determinante al momento de su resultado final. Después de transcurrido un tiempo, se ha observado que la secreción láctea es posible. Tal vez porque los conductos excretores no son seccionados en su totalidad; y, además, creemos que estos conductos tienen la capacidad de recanalizarse.^{10,25}

El procedimiento que hemos presentado, consta de dos maniobras y un dispositivo que lo distingue y que a la postre, nos resulta ventajoso.

La escisión de los tractos fibromusculares y de los canales excretores se hace siguiendo una vía retroareolar, a partir del abordaje utilizado para la introducción –realizada previamente– de una prótesis mamaria.

Si bien la separación de los elementos que mantienen retraído al pezón se puede realizar a través de un acceso más próximo,^{6,8,10,15,16,25} nuestra maniobra para tal fin se vale de una incisión preexistente.

En los casos clínicos, cuya retracción ofrece mayor dificultad, para la exteriorización y “alargamiento” de la mamila, nos servimos de un diseño similar al publicado en 1977, por Evaldo D'Assumpção. La neoconfiguración del pezón se obtiene con el avance de la piel areolo-mamilar, por el cierre de las superficies cruentas, de forma romboidal, que fueron previamente desepitelizadas¹³ (**Figuras 7, 8 y 9**).

Para lograr este efecto, otros cirujanos emplean distintos artificios: una jareta de sutura enterrada;^{3,8,20,24,26} transformando una incisión vertical en una sutura horizontal en la base del pezón;¹⁵ cerrando áreas desepidermizadas con forma de triángulo o de rombo, sobre la areola;^{7,21} interponiendo en la intimidad del pezón colgajos de dermis o tejido conecti-

vo;^{2,5,6,8,12,14,18,22,23} colocando tejido de sostén debajo del pezón;^{17,19} o utilizando material no biológico.^{1,4,25}

En cuanto al empleo en el posoperatorio de alguna férula, la conducta asumida por estos colegas es dispar.

Nosotros, fieles a los conceptos vertidos por H. Marino, en el afán de “mantener el efecto conseguido” mientras se estabiliza el proceso cicatrizal, utilizamos un dispositivo manufacturado en el perioperatorio.^{7,17,27}

Valorizamos su utilidad durante la fase aguda de la reparación, con el objetivo de contrarrestar la retracción cicatrizal del pezón.

Los tipos de apósito empleado por otros autores son diversos: poliuretano, esponja o Reston® enrollado alrededor del pezón;^{3,13,14,23,26} un sombrero de plástico;^{8,12} un dispositivo transmamilar (drenaje o *piercing*)^{1,4,25} o simplemente puntos tractores.¹⁰

Con nuestro procedimiento hemos experimentado similares complicaciones, recurrencias o secuelas a las reportadas por otros autores.^{2,8,10,12,16,17,24,26}

La alteración permanente en la sensibilidad o la insuficiencia en el aporte vascular han sido mínimas o inexistentes, debido posiblemente al fecundo aporte neurovascular que reciben la areola y el pezón, como está demostrado por el estudio anatómico de Nakajima.²⁸

CONCLUSIONES

Héctor Marino, Cirujano Maestro de la Cirugía Plástica argentina, alrededor del año 1950, agrega su nombre a los pioneros que crearon y desarrollaron técnicas para el tratamiento del pezón invertido, algunas de las cuales, mantienen actualidad.

La demanda de perdurabilidad del efecto obtenido con la cirugía justifica el empleo de un dispositivo en el posoperatorio, durante la etapa aguda del proceso cicatrizal.

La suma de ambas maniobras –seccionar los galactóforos, más la eversión del pezón actuando sobre la piel de su base– propicia alcanzar una permanente reversión del defecto.

Las pacientes deben estar informadas de la probable incapacidad para amamantar.

BIBLIOGRAFÍA

- Moretti EA, Gallo S, Huck W. Tratamiento del pezón invertido: Comparación de dos técnicas. *Cir Plást Iberolatinoam* 2011;37(1):55-61.
- Lee HB, Roh TS, Chung YK, Kim SW, Kim JB, Shin KS. Correction of inverted nipple using strut reinforcement with deepithelialized triangular flaps. *Plast Reconstr Surg* 1998;102(4):1253-1258.
- Schwager RG, Smith JW, Gray GF and Goulian D. Inversion of the human female nipple, with a simple method of treatment. *Plast Reconstr Surg* 1974;54(5):564-569.
- Scholten E. A contemporary correction of inverted nipples. *Plast Reconstr Surg* 2001;107(2):511-513.
- Teimourian B, Adham MN. Simple technique for correction of inverted nipple. *Plast Reconstr Surg* 1980;65(4):504-506.
- Broadbent TR, Woolf RM. Benign inverted nipple: trans-nipple-areolar correction. *Plast Reconstr Surg* 1976;58(6):673-677.
- Marino H. Retracción del pezón. Tratamiento quirúrgico. *Detalles técnicos. Prensa Med Argent* 1951;38(2):88-90.
- Han S, Hong YG. The inverted nipple: Its grading and surgical correction. *Plast Reconstr Surg* 1999;104(2):389-395.
- Scholten E. The classification of inverted nipples. *Plast Reconstr Surg* 2000;106(3):737.
- Pereira Filho OJ, Bins-Ely J, Granemann AS, Bertelli JA, Crescenti

- Abdalla S. Closed inverted nipple treatment through a microincision procedure. *Plast Reconstr Surg* 2001;108(4):1000-1005.
11. Gangal HT, Gangal MH. Suction method for correcting flat nipples or inverted nipples. *Plast Reconstr Surg* 1978;61(2):294-296.
 12. Megumi Y. Correction of inverted nipple with periductal fibrous flaps. *Plast Reconstr Surg* 1991;88(2):342-346.
 13. D'Assumpção EA, Rosa EMS. Correcting the inverted nipple. *Br J Plast Surg* 1977;30:249-250.
 14. Elsayh NI. An alternative operation for inverted nipple. *Plast Reconstr Surg* 1976;57(4):439-441.
 15. Hartrampf CR, Schneider WJ. A simple direct method for correction of inversion of the nipple. *Plast Reconstr Surg* 1976;58(6):678-679.
 16. Hamilton JM. Inverted nipples. *Plast Reconstr Surg* 1980;65(4):507-509.
 17. Kurihara K, Maezawa N, Yanagawa H, Imai T. Surgical correction of the inverted nipple with a tendon graft: Hammock procedure. *Plast Reconstr Surg* 1990;86(5):999-1003.
 18. Crestinu JM. Correction of the inverted nipple. *Plast Reconstr Surg* 1991;87(4):809.
 19. Bi D. Inverted nipple: A method of correction. *Plast Reconstr Surg* 1991;87(6):1147-1148.
 20. Abenavoli FM. Everting the nipple. *Plast Reconstr Surg* 2000;106(3):736-737.
 21. Morris AM, Rai YA, Lamont PM. A method for correcting the inverted nipple. *Br J Plast Surg* 1980;33(1):41-42.
 22. Rayner CR. The correction of permanently inverted nipple. *Br J Plast Surg* 1980;33(1):413-417.
 23. Haeseker B. The application of de-epithelialised "turn-over" flaps to the treatment of inverted nipple. *Br J Plast Surg* 1983;37(2):253-255.
 24. Hauben DJ, Mahler D. A simple method for the correction of the inverted nipple. *Plast Reconstr Surg* 1983;71(4):556-559.
 25. Chandler PJ, Hill SD. A direct surgical approach to correct the inverted nipple. *Plast Reconstr Surg* 1990;86(2):352-354.
 26. Peled JJ. Purse-string suture for nipple projection. *Plast Reconstr Surg* 1999;103(5):1480-1482.
 27. De Lorenzi C, Hall MJ. A nipple splint. *Plast Reconstr Surg* 1988;81(6):959-960.
 28. Nakajima H, Imanishi N, Aiso S. Arterial anatomy of the nipple-areola complex. *Plast Reconstr Surg* 1995;96(4):843-845.

ULTRASONIDO INTRAQUIRÚRGICO COMO MEDIO DE ESTIMULACIÓN DEL COLÁGENO APLICADO A LA BLEFAROPLASTIA DEL PÁRPADO INFERIOR

Néstor Vincent

Director Cirujano Plástico de Ciencia Estética Quirúrgica. Calle 43 Nro 501, (1900) Ciudad de La Plata, Buenos Aires, Argentina.

Correspondencia: drnestorvincent@gmail.com

RESUMEN

El colágeno¹ es una proteína que desempeña un papel crítico en la arquitectura de la piel. La cualidad que transmite es la fuerza y resistencia.

La esencia de este trabajo es demostrar que con la estimulación del colágeno de la piel del párpado inferior se logra restablecer la piel necesaria para que tenga un aspecto agradable, sin necesidad de recurrir a la exéresis.

Al conseguir el calentamiento del colágeno, la piel recobra propiedades como elasticidad, retracción y retención, cualidades propias de una piel joven.

La idea que se quiere transmitir es que se puede mejorar la piel sin correr el riesgo^{6,7} de una asimetría o una desmesura que termine con ectropión o retracciones cicatrizales luego de extracción de piel.

Este es un procedimiento rápido que no entorpece el normal desempeño quirúrgico, extremadamente seguro ya que se recurre a una estimulación proteica sin sacar piel y perdura el resultado en el tiempo o sea que es eficaz.

Palabras clave: calentamiento del colágeno palpebral inferior para evitar la resección de piel.

SUMMARY

Collagen¹ is a protein plays a critical role in skin architecture. The quality that comes through is the strength and endurance.

The essence of this paper is to demonstrate that collagen stimulation of the lower eyelid skin, manages to restore the skin necessary to have a nice look without resorting to exceresis.

By getting the heating of collagen and recovers elasticity properties, shrinkage and retention qualities of youthful skin.

The idea to be conveyed, is that you can improve the skin without running the risk^{6,7} of an asymmetry or disproportion to end scarring ectropion or retraction after removal of skin.

This is a quick procedure that does not hinder the normal surgical performance, extremely safe because it uses a non-protein stimulation by removing skin and the result lasts over time or whether it is effective.

Key words: heating of the lower lid collagen to prevent skin resection.

INTRODUCCIÓN

No hay que creer que todo lo nuevo reemplaza a lo establecido, pero tenemos que observar que los mejores conocimientos en algún momento fueron novedosos y cuestionados.

El envejecimiento de la piel radica, esencialmente, en el estiramiento del tegumento,⁵ y esto se produce por afinamiento y elongación del colágeno, no por que la piel crezca.

Es importante observar que el colágeno se encuentra en la piel durante toda nuestra vida, pero las propiedades de esta van disminuyendo con el paso del tiempo y eso se debe a que la elastina (aminoácido que compone al colágeno) se consume y en un determinado momento, deja de reproducirse; como consecuencia, el colágeno se elonga y afina sucumbiendo al peso de la piel, produciendo pliegues, signos inexorables del paso del tiempo y todo porque esta proteína va perdiendo propiedades como, elasticidad, retención y retracción.²

Este es un concepto importante, pues tenemos que discernir hasta qué edad sería aplicable este procedimiento, ya que de-

pende de las cualidades del colágeno del paciente, pues a mayor elastosis menor reversión.⁹

Por todo esto, el fundamento es la modulación proteica como herramienta para restablecer una piel más joven, en todo su espesor contraponiendo el criterio extracción de piel, para mejorar mediante el estiramiento parcial, procedimiento que expone a complicaciones^{6,8,9,11-14} como retracciones, ectropión, esclera show, epífora, queratitis conjuntival, cicatrices viciosas y por consiguiente una hipótesis de reclamo.

Es una ventaja importante la estimulación interna, pues nos aseguramos de no dañar la piel a diferencia de medios ablativos como el láser, que puede generar despigmentaciones por los fotones generados, o daños potenciales, en el crecimiento de pestañas, produciendo zonas lampiñas crecientes.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se intervinieron 70 pacientes, de los cuales 55 eran mujeres. La edad en promedio fue de 50,4 años, con un desvío estándar



Figura 1. Modulación proteica con efecto del calor.



Figura 3. Byron Lysonix 3000.

dar de 9,79, y las edades máxima y mínima fueron de 73 y 25 años, respectivamente.

Se realizó una blefaroplastia convencional^{3,4} con abordaje palpebral llegando a la zona suborbicular y estimulando el colágeno por esa vía; se resecaron las bolsas palpebrales y se suturó el párpado sin resección.

El ultrasonido⁷ aplicado para la modelación de colágeno fue generado por un Byron-Lysonix 3000. Se usó baja potencia (60 a 65 W) para no producir desnaturalización proteica y por ende retracciones cicatrizales y alta frecuencia (22,5 kHz). De esa manera nos aseguramos la focalización de la energía y el modo de múltiples pulsos para optimizar la máxima potencia y no producir daño térmico.

Dato interesante es la aislación de la conjuntiva con un protector ocular de material plástico para evitar que la dispersión calórica provoque una conjuntivitis térmica.

La anestesia usada fue general y se infiltró con lidocaína 2% para evitar molestias posoperatorias y ser utilizada por el ultrasonido como medio de difusión localizada.

El posoperatorio evaluado fue de 5 años y los resultados se han mantenido.

RESULTADOS

Los resultados se ven desde los primeros días. Se produjeron complicaciones en algunos casos: retracción asimétrica con *esclera show* en 3 casos (0,5%) que después de los 15 desapareció, y conjuntivitis térmica en 1 caso (0,1%) que duró 10 días,

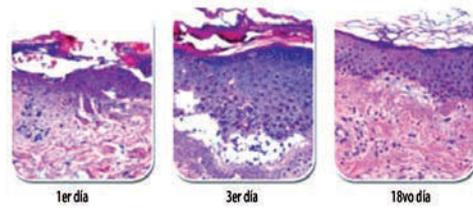


Figura 2. Histología. 1er día, desorganización de colágeno; 3er día, inflamación linfocitaria; 18vo día, colágenesis manifiesta.



Figura 4. Protección con máscara de plástico.

fue parcial y remitió con gotas de betametasona. No hemos tenido ectropión ni cicatrices viciosas. Tampoco hemos tenido ningún problema que haya requerido un retoque quirúrgico.

CONCLUSIÓN

Es un método rápido, seguro, que necesita una curva de aprendizaje corta en cirujanos experimentados y que es eficaz en el tiempo. Es un método ideal para los exoftalmos, pacientes reoperados en los que es un riesgo reseca piel, en pacientes jóvenes y pacientes seniles con poco tono; es decir, es aplicable a todo tipo de pacientes aun a aquellos que sean pasibles de contingencias con métodos convencionales.

Al prescindir de las resecciones evitamos todas las complicaciones que conllevan⁶⁻¹⁰ y a su vez tratamos el párpado en su totalidad y no solo parcialmente. Podría usarse como único método, o complementario de los tradicionales ya usados. Tiene la ventaja, sobre el láser, de que no provoca discromías (como la energía del ultrasonido no depende de la interacción cromóforo específico, la melanina epidérmica no está en riesgo de destrucción) y el tratamiento es aplicable a todo tipo de piel, se evitan depilaciones de pestañas, acciones ablativas, pues la energía es distribuida por debajo de la piel, no deja hematomas y tiene una recuperación agradable indolora y las retracciones por efecto del calor irradiado se pueden observar a partir de los 20 días. Con respecto a *RF thermage*,¹⁵ este procedimiento ultrasónico es más eficaz pues no tiene que atravesar una membrana para estimular el colágeno.



Figura 5. Sonda del ultrasonido.



Figura 6. Barrido de ultrasonido en el párpado inferior.



Figura 7. Caso 1 pre y post 1 mes paciente 40 años sin bolsas adiposas.



Figura 8. Caso 2 pre y post operado de blefaroplastia inferior hombre de 68 años con hipotonía palpebral.



Figura 9. Caso 3 pre y post paciente de 58 años blefaroplastia inferior con esclera show previo.



Figura 10. Caso 4 pre y post paciente de 49 años con

BIBLIOGRAFÍA

1. Branden C, Tooze J. *Introducción a la estructura de proteínas (2da edición)*. Nueva York: Garland Publishing, 1999.
2. Browner WS, Kahn AJ, Ziv E, Reiner AP, Oshima J, Cawthon RM, Hsueh WC, Cummings SR. *The genetics of human longevity*. *Am J Med* 2004;117(11):851-860.
3. Edgerton MT, Jr. *Causes and prevention of lower lid ectropion following blepharoplasty*. *Plast Reconstr Surg* 1972;49(4):367-373.

4. Fagien S. Traditional lower blepharoplasty: is additional support necessary? A 30-year review. *Plast Reconstr Surg* 2011;128(1):274-277.
5. Hudson DA. An analysis of unsolved problems of face-lift procedures. *Ann Plast Surg* 2010;65(2):266-269.
6. Leilli GJ, Lieman RD. Blepharoplasty complications. *Plast Reconstr Surg* 2010;125, article 1017.
7. Lodish H, Berk A, Matsudaira P, Kaiser CA, Krieger M, Scott MP, Zipursky SL, Darnell J. *Molecular biology of the cell* (5ta edición). Nueva York: WH Freeman. 2004:963.
8. Mack WP. Complications in periocular rejuvenation. *Facial Plast Surg Clin North Am* 2010;18(3):435-456.
9. Kenkel JM, Rohrich RJ. Ultrasound-assisted lipectomy using the solid probe: a retrospective review of 100 consecutive cases. *Plast Reconstruct Surg* 2000;105:2178-2179.
10. Oestreicher J, Mehta S. Complications of blefaroplasty prevention and management. *Plast Surg Int* 2012. Epub may 8.
11. Parikh S, Most SP. Rejuvenation of the upper eyelid. *Facial Plast Surg Clin North Am* 2010;18(3):427-433.
12. Patel BCK, Patipa M, Anderson RL, McLeish W. Management of post blepharoplasty lower eyelid retraction with hard palate grafts and lateral tarsal strip. *Plast Reconstr Surg* 1997;99(5):1251-1260.
13. Patipa M. The evaluation and management of lower eyelid retraction following cosmetic surgery. *Plast Reconstr Surg* 2000;106(2):438-440.
14. Patrocinio TG, Loredo BA, Arevalo CE, et al. Complications in blepharoplasty: how to avoid and manage them. [Journal Article] *Braz J Otorhinolaryngol* 2011;77(3):322-327.
15. Polder KD, Bruce S. Radiofrequency: Thermage. *Plast Surg Clin North Am* 2011;19(2):347-359.

OBITUARIO: DR. VÍCTOR NACIF CABRERA

El pasado 28 de febrero falleció uno de nuestros socios más destacados, el Dr. Víctor Nacif Cabrera.

Nacido en San Juan el 12 de marzo de 1930, la ciudad de La Plata lo vio crecer hasta completar sus estudios secundarios, y en el año 1958 se graduó como médico en la Universidad de Buenos Aires siguiendo la profesión de su respetado padre.

Su carrera hospitalaria se inició como Cirujano General en el hospital Fernández, pasando luego al hospital Argerich hasta el año 1964, cuando gana por concurso el cargo de Médico Interno Jefe de Guardia de Día y en el naciente Instituto del Quemado, hoy devenido en Hospital de Quemados de la Ciudad de Buenos Aires; desarrolla desde ese momento su especialización en Cirugía Plástica y Quemados y la ejerce tanto en la práctica pública como en la privada.

Ya en el año 1969 es nombrado Médico Agregado del Servicio de Cirugía Plástica, del cual es designado Jefe en 1980, y es en el año 1995 en que accede, también por concurso, al cargo de Jefe de Departamento de Cirugía, Quemados y Cirugía Plástica, que ostentó sin interrupciones hasta su jubilación.

Dentro de ese camino, en el año 1979, y a raíz de una particular situación societaria, fue Miembro Fundador de la Sociedad de Cirugía Plástica de Buenos Aires, ejerció la presidencia de la Sociedad Argentina de Cirugía Plástica y simultáneamente también presidió el VII Congreso Argentino de Cirugía Plástica, realizado en Iguazú, roles que cumplió con empeño y solvencia.

Herederero natural de un dúo antológico integrado junto a su recordado amigo, el Dr. Alberto Carlos Otero, el Dr. Nacif generó y participó en numerosos trabajos científicos y publicaciones, dirigió diversos Cursos sobre la especialidad, y expuso sus dotes académicas en diversas ocasiones, tanto en foros nacionales como internacionales.

De sus muchas cualidades quiero destacar sólo algunas, acatando el precepto borgiano de “no acometer una enumeración”:

Excelente cirujano, y generoso ayudante, tanto en el campo de la Cirugía Estética como en la Reparadora y de Quemados. Docente de palabra y hecho, dotado con una considerable paciencia para guiar adecuadamente al cirujano novel.

Y quizás la más valorada por todos sus discípulos: siempre nos sentimos respaldados y cobijados por él, tanto en la tarea hospitalaria como en la práctica privada.

Su mentoría permanente nos ha inculcado un encomiable precepto: “La calidad del servicio que se les brinda a los pacientes refleja la integridad personal del profesional”.

Sin claudicaciones cuando debió enfrentar difíciles situaciones tanto en el campo profesional como personales, su especial carácter, postulado sobre la franqueza, la firmeza y el conocimiento, con gran capacidad para anticipar, resolver y contener situaciones, estuvo siempre dispuesto al desafío aplicando un criterio de realidad claro y definido.

Dueño de una inquietud intelectual amplia y notable por abarcar desde la medulosa lectura de libros clásicos, hasta atreverse a las tecnologías modernas, le permitió transmitir con naturalidad sus ideas y enseñanzas, constituyéndose, así, en un conductor certero y un referente calificado tanto en el campo técnico como el humanístico.

Valga este merecido reconocimiento hacia quien fue un talentoso adalid de una firme conducta ética y profesional, que los que adoptamos con vocación la especialidad de la Cirugía Plástica seguiremos tomando como ejemplo.

Dr. Vicente Hugo Bertone

NOTICIAS SACPER

VIII JORNADAS NACIONALES INTERDISCIPLINARIAS DE FISURA LABIO ALVÉOLO PALATINA

24 y 25 de agosto de 2012.

Corrientes, Rep. Argentina



TEMARIO PRELIMINAR

Tema central: Comunicación Buco-Nasal Secular

Cirugía:

- Cirugía unilateral. Técnica.
- Cirugía bilateral. Técnica.
- Rinofonía en bilateral/unilateral adultos.
- Secuelas posquirúrgicas y comunicaciones buco-nasales.

Odontopediatría (Ortopedia y Ortondoncia)

- Tratamiento de Ortopedia en pacientes FLAP en su primer año de vida pre y posquirúrgico.
- Tratamiento ortodóncico pre y post injerto óseo alveolar.
- Tratamiento integral de pacientes con FLAP secular.
- Interrelaciones entre las distintas especialidades.

Fonoaudiología para pacientes FLAP

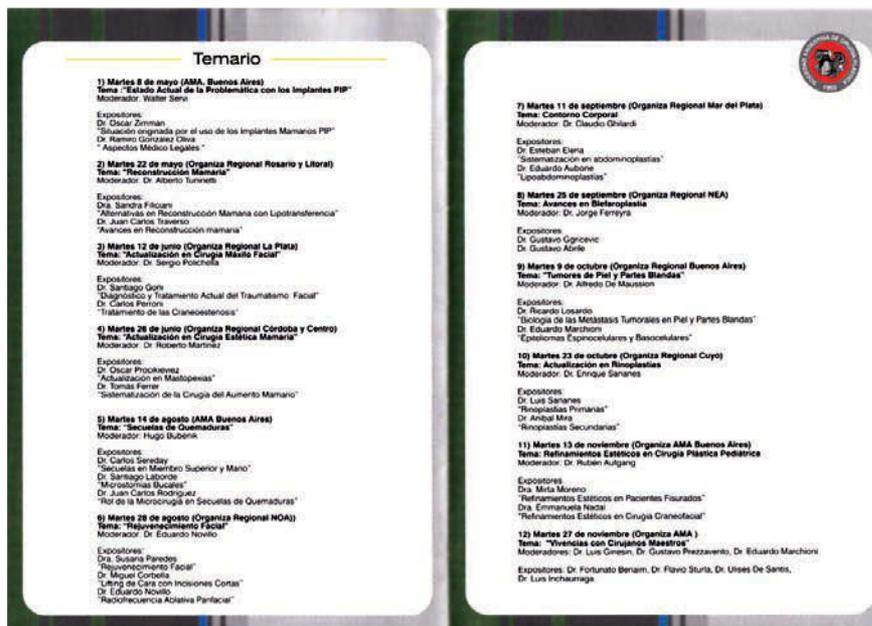
- Terapia miofuncional y electroestimulación secular.
- Trabajo de postura corporal.
- Esquema vocal.
- Selectividad alimentaria.
- Insuficiencia velo-faríngea.
- Laboratorio de la voz.

Salud Mental

- Aspectos emocionales del paciente con fisura labio alveolo palatina.
- ¿Qué hacer ante el quiebre narcicístico de los padres ante la llegada de un niño que no cumple con el ideal imaginario?
 - a) Abordaje psicoterapéutico familiar desde el nacimiento.
 - b) Con el devenir del crecimiento, se debe mantener el acompañamiento acorde a:
 - Facilitar la estructuración subjetiva del niño.
 - Favorecer la integración socio-educativa.
 - Prevenir los riesgos psico-sociales que esta condición genera.
 - c) Escuela de padres: Espacio donde compartir el dolor signifique aliviar el dolor.

CURSO DE ACTUALIZACIÓN EN CIRUGÍA PLÁSTICA, ESTÉTICA Y REPARADORA 2012





ASAMBLEA GENERAL ORDINARIA SACPER
 El 19 de abril de 2012 se llevó a cabo, dentro del marco del 42º Congreso Argentino, la Asamblea General Ordinaria donde se presentó el balance general y la cuenta de gastos y recursos correspondientes al ejercicio que cerró el 31 de diciembre de 2011, que fue aprobado por unanimidad junto con el informe del Órgano de Fiscalización.
 Se puso a consideración la memoria anual de lo actuado por la comisión directiva, que fue aprobado por unanimidad.
 Se llevó a cabo la elección de la comisión directiva 2012-2013. Se aprobó Presidente y sede del Congreso 2013: Dr. Prociakievicz y ciudad de Córdoba, por unanimidad.
 Se aprobó el Órgano de Fiscalización 2012-2014: Dres. Jorge Buquet, Manuel Viñal y Guillermo Flaherty.
 Se oficializó la lista de Comisión Directiva 2013-2014.
 Al abordar el tema de Presidente y sede del Congreso Argentino 2014, que corresponde a la regional Buenos Aires, ésta solicitó un cuarto intermedio para la presentación del candidato. La Asamblea, por mayoría, decide el cuarto intermedio. Se levanta la reunión.

42º CONGRESO ARGENTINO DE CIRUGÍA PLÁSTICA, ESTÉTICA Y REPARADORA "60º ANIVERSARIO DE LA SACPER"

Desde el 17 al 20 de abril del corriente año, en el Buenos Aires Sheraton Hotel, se llevó a cabo el 42º Congreso Argentino

coincidentalmente con la celebración del 60º aniversario de la fundación de nuestra Sociedad.
 El día martes 17 se realizaron las Jornadas argentino-mexicanas. Se contó con la presencia de los Dres. Carlos Barceló, Antonio Fuentes del Campo, Manuel García Velazco, Fernando Molina Montalva, Ignacio Trigós Micoló, Rafael Vergara Calleros. Se realizaron disertaciones y mesas redondas sobre mastoplastia, reconstrucción mamaria, envejecimiento facial, reconstrucción nasal y facial.
 Se realizó el Simposio multidisciplinario para el cuidado y tratamiento de heridas.
 Se contó con la presencia de invitados extranjeros: de Brasil, los Dres. José Aboudib, Alonso Nivaldo, Pedro Martino, Prado Neto, Ronche Ferreira; de EE.UU., los Dres. Scott Bartlett, Roger Khouri, Frederick Menick; de Francia, el Dr. Françoise Firmin Ho Quoc; de Chile, los Dres. Wilfredo Calderón, Patricio Léniz y Roa Gutiérrez, y por Uruguay, el Dr. Héctor Juri.
 Con sus conferencias y presentaciones dieron brillo a nuestro Congreso.
 Los relatos oficiales del Congreso estuvieron a cargo de la Dra. Susana Ruiz con "Parálisis facial" y el Dr. Carlos Mira Blanco con "Rejuvenecimiento facial".
 Felicitaciones a los organizadores de este exitoso Congreso por su nivel científico y de concurrencia y para la celebración del 60º aniversario de la SACPER.

NOTICIAS REGIONALES

SOCIEDAD DE CIRUGÍA PLÁSTICA DE BUENOS AIRES

SESIONES CIENTÍFICAS

Junio

05/06/2012 - 21.00 horas - AMA (Sesión científica)

- “Conmemoración del Día Mundial del Medio Ambiente”. Conferencias Prof. Dr. Elías Hurtado Hoyo, Dr. Ricardo Jorge Losardo y Dr. Juan José Mussi (secretario de Ambiente y Desarrollo Sustentable de la Nación).
- “Tratamiento del envejecimiento y remodelación facial y corporal con implantes inyectables (reabsorbibles)”. Dr. Héctor Gómez.

19/06/2012 - 21.00 horas - AMA (Sesión científica)

- “Abordaje sistémico del envejecimiento facial”. Dr. Patricio Jacovella.

Julio

03/07/2012 - 21.00 horas - AMA (Sesión Científica)

- Entrega de diplomas de Miembro Vitalicio: Dres. Rodolfo Ricardo Castro, María Corujo, Jorge Augusto Cutini, Pedro Luis Dogliotti, Aida Susana Durand, María C. Q. de Gaffoglio, Eduardo Juan Guimil, José Juri, Carlos Alberto Juri, Héctor Hugo Llobera, Héctor Salvador Marino, Norberto Rodolfo Morales, María Angélica Nagahama, Manuel Jorge Parcansky, Jorge Raúl Piccione, Silvano Luis Plazzotta, Silvia Beatriz Poblete, Eduardo Polito Grane, Enrique Oscar Ravone, Susana Ruiz, Juan Carlos Stremmler, Rodolfo O. Toledo Ríos, Bernardo Vaisman, José Manuel Viñas y Clara María Viñuales.
- Reunión Conjunta con el Curso Superior de Especialización en Cirugía Plástica “Historia de la Cirugía Plástica argentina. Pioneros y técnicas. Dr. Néstor Maquieira”. Coordinador: Dr. Daniel Eduardo Castrillón.

17/07/2012 - 21.00 horas - AMA

- Reunión Conjunta con la Asociación Americana de SPA “Principales tendencias de SPA. Evidencia científica de las terapias SPA. Marketing en medicina estética”. Coordinador: Lic. Eduardo Finci.

31/07/2012 - 21.00 horas - AMA

- Homenaje a Expresidentes: Dr. Manuel Viñal.

Agosto

07/08/12 - 21.00 horas - AMA (Sesión científica)

- Jornada de Cirujanos Plásticos en Formación I
Tema: “Cirugía y medicina estética”.

21/08/2012 - 21.00 horas - AMA (Sesión científica)

- Jornada de Cirujanos Plásticos en Formación II
Tema: “Cirugía y medicina estética”.
Fecha límite de presentación de trabajos: 29/06/12

Septiembre

04/09/2012 - 21.00 horas - AMA (Sesión científica)

- Trabajo Premio Anual Junior.
Tema: “Envejecimiento y calidad de vida”
- Trabajo Premio Anual Senior.
Tema libre.
Fecha límite de presentación de trabajos Junior y Senior: 29/06/12

18/09/2012 - 21.00 horas - AMA

- Sesión cirugía reconstructiva o reparadora.
Coordinador: Dr. Sergio Vestidello.

Noviembre

20/11/2012 | 21.00 hs. AMA (Sesión científica)

- Reunión Conjunta con el Curso Superior de Especialización en Cirugía Plástica. “Historia de la Cirugía Plástica Argentina. Pioneros y técnicas. Dr. Flavio Sturla”. Coordinador: Dr. Daniel Eduardo Castrillón

30 y 01/12

8as Jornadas de Sociedades Regionales de la SACPER

Asociación Médica Argentina (Av. Santa Fe 1171 - CABA)

Organizadas por la Sociedad de Cirugía Plástica de Buenos Aires

www.scpba.com.ar

XVII Simposio Internacional de Cirugía Plástica “Siglo XXI”

26 y 27 de Octubre de 2012

Buenos Aires Sheraton Hotel & Convention Center

Autoridades

Presidente: Dr. Rubén Rosati

Secretario: DR. Gustavo Marenzi

Coordinador de sesiones: Dr. Carlos Pestalardo
Tesorero: Dr. Raúl Tolaba

Profesores invitados

Dr. Fernando Magallanes Negrete (México)
 Dr. Maurizio Nava (Italia)
 Dr. Luis Perin (Brasil)
 Dra. Anne Wallace (EE.UU.)

Informes e inscripción

Secretaría de la SCPBA: Av. Santa Fe 1611- 3º piso (1060) CABA.
 Tels.: 4816-3757/ 0346/ 0342
info@scpbacom.ar
www.scpba.com.ar

XVII SIMPOSIO INTERNACIONAL de CIRUGIA PLASTICA "SIGLO XXI"

26 y 27 de Octubre de 2012
 Buenos Aires Sheraton Hotel Convention Center
 Salón Retiro

AUTORIDADES

COMITÉ ORGANIZADOR
 Dr. Ruben Rosati
 Presidente
 Dr. Gustavo Marenzi
 Secretario
 Dr. Carlos Pestalardo
 Coordinador de Sesiones
 Dr. Raúl Tolaba
 Tesorero

COMITÉ CIENTÍFICO
 Dr. Enrique Gagliardi
 Dr. Omar Ventura

CIRUGÍA MAMARIA ESTÉTICA Y REPARADORA

PROFESORES INVITADOS
 Dr. Fernando Magallanes Negrete (México)
 Dr. Maurizio Nava (Italia)
 Dr. Luis Perin (Brasil)
 Dra. Anne Wallace (USA)

ORGANIZA
 SOCIEDAD DE CIRUGIA PLASTICA DE BUENOS AIRES

Categorías	Hasta el 31/08	Hasta el 31/09	Excl. inscripción
Miembros de SCPBA	\$300	\$600	\$600
Miembros de SACER, Flabity y Sociedad Italiana	\$500	\$900	\$900
PLAZA, IPOL, IAPB	\$300	\$900	\$900
Miembros de Societad Científica, Perinava, Cirujanos, Banguera y Cirujanos de Argentina	\$300	\$900	\$900
Asociación Médicos y Cirujanos de la Plata en relación de membresía con SCPBA	\$300	\$300	\$400
No Miembros	\$2.000	\$2.500	\$3.000

INFORMES E INSCRIPCIÓN: Secretaría SCPBA
 Av. Santa Fe, 1611 3º (1060) CABA
 Tel. 34 11 4816-3757 / 0342
 E-mail: info@scpbacom.ar
www.scpba.com.ar

COMERCIALIZA: Pilar Poncedeleón
 Tel. 54 11 4567-4481
 Cel. 154-422-4410
 Email: pilarponcedeleon.ppl@gmail.com

Miércoles 23 de mayo 2012, 20 hs., Sociedad Médica de La Plata (calle 50 Nro. 374 e/ 2 y 3).

- Dr. Rodolfo Rojas: "Historia de la Cirugía Plástica Platense".
- Dr. Julio Cianflone: "Cirugía del Rejuvenecimiento Facial".

Martes 12 de junio 2012, 21 hs., Clínica IPENSA (calle 59 esq. 4).

- Dr Carlos Perroni: "Tratamiento de la Craneostenosis".
- Dr Santiago Goñi: "Diagnóstico y Terapéutica del Traumatismo Facial".

Miércoles 27 de junio 2012, 20 hs., Sociedad Médica de La Plata (calle 50 Nro. 374 e/ 2 y 3).

- Dr. Roberto Lamonega: "Reconstrucción Palpebral".
- Dr. Nestor Vincent: "Blefaroplastia y Ultrasonido Intraoperatorio".

Miércoles 22 de agosto 2012, 20 hs., Sociedad Médica de La Plata (calle 50 Nro. 374 e/ 2 y 3).

- Dr. Carlos Rodriguez Peyloubet: "Ptosis palpebral".
- Dr. Rodolfo Rojas: "Resolución de Patologías Faciales Graves en Cirugía Plástica".

Miércoles 26 de septiembre 2012, 20 hs., Sociedad Médica de La Plata (calle 50 Nro. 374 e/ 2 y 3).

- Dr. Federico Deschamps: "Complicación Fatal Tardía Posterior a Liposucción. Categorización de Riesgos en la Prevención de Fenómenos Tromboembólicos".
- "Conceptos Prácticos Médico Legales para el Cirujano Plástico".

Miércoles 24 de octubre 2012, 20 hs., Sociedad Médica de La Plata (calle 50 Nro. 374 e/ 2 y 3).

- Dr. Daniel Mosquera: "Prótesis Glúteas".
- Dr. Jorge Canestri: "Tratamiento de la Ptosis Mamaria".

Miércoles 28 de noviembre 2012, 20 hs., Sociedad Médica de La Plata (calle 50 Nro. 374 e/ 2 y 3).

- Dr. Carlos Schreiner: "Mastoplastia".
 Presentación de Trabajos Científicos.

SOCIEDAD DE CIRUGÍA PLÁSTICA DE LA PLATA

La actividad científica de la Sociedad de Cirugía Plástica de La Plata se desarrollará durante el año 2012 y 2013 en forma de **Curso bianual de Actualización "Expresidentes de la Sociedad de Cirugía Plástica de la Plata"**, con 58 horas de duración y evaluación final.

El cronograma del año 2012 será el siguiente:

SOCIEDAD DE CIRUGÍA PLÁSTICA DEL NORDESTE (NEA)

29 de junio

Asamblea extraordinaria. Tema: Personería jurídica. Curso de aumento mamario. Hotel American Resistencia.

07 de julio

Reunión Comisión Directiva y Científica. Colegio Médico Formosa.

03 de agosto

Segundas Jornadas de medicina física y rehabilitación y tercera de cirugía plástica de miembros. Hospital Madariaga Posadas.

24 y 25 de agosto

Jornadas FLAP. Hotel de Turismo Corrientes. Reunión CD.



1º JORNADAS INTERNACIONALES DE CIRUGIA PLASTICA DE LAS 4FRONTERAS
ARGENTINA - URUGUAY - PARAGUAY - BRASIL
7 Y 8 DE SEPTIEMBRE 2012 - American Hotel Casino Gala
Resistencia - Chaco

SOCIEDAD DE CIRUGIA PLASTICA DEL NORDESTE

COMITÉ
Dr. Ginesin Luis - Presidente

SCPRBA
Dr. Jorge Rubato Ferreyra - Presidente
Dr. Eduardo Velazquez Babati - Vice Presidente
Dr. Gerardo Guazzalini Vestaya - Secretario

Director de las Jornadas
Dr. Jorge Díaz García

Comité de Honor
Dr. Joel Cuadernos, Dr. Roberto Suarez, Dr. Walter Bratti,
Dra. Iria Blanco, Dr. Eduardo Gómez Viana

Coordinadores de las Jornadas
Argentina: Dr. Abel Chaccho
Paraguay: Dr. Jesús Amorillo
Brasil: Dr. Helbert Lambert

Comité Científico
Directores: Dr. Alvaro Paredes, Dr. Guillermo Abian (USA)
Coordinadora: Dra. Fliciana Sordani (Uruguay)
Dr. Francisca Fernández, As. J. Dr. Carla Mira Blanco (Mendoza)
Dr. Javier Luis Garachano (RDA), Dr. Schweizer Carlos Daniel (La Plata)
Dr. Pellicioni Omar Alberto (Córdoba), Dr. Esteban Benza (Mar del Plata)

TEMA CENTRAL
Lipotransferencia: células madre.

EJE TEMÁTICO
Cómo lo hacemos?
Cirugía mínimamente invasiva.
Cáncer corporal.
Aumento mamario con injerto graso y expansión externa.
Mastoplastias.
Abdominoplastias.
Cirugía postbariátrica.
Actualización en láser, radiofrecuencia y lipólisis externa.
Cirugía del rostro.

INFORMES: www.scprba.com.ar | Tel: (0362)-4439817 | jrf@vnet.com.ar - info@4fronteras.com.ar

7 y 8 de septiembre**Primeras Jornadas de las cuatro Fronteras**

Tema: Injertos de grasa y células madre.

Sede: American Hotel Casino Gala

Juan Domingo Perón 330 - Resistencia - Chaco
Rep. Argentina | www.scprba.com.ar

06 de octubre

Reunión Comisión Directiva y Científica. Colegio Médico Formosa.

10 de noviembre

Reunión Comisión Directiva y Científica. Colegio Médico Corrientes.

15 de Diciembre

Asamblea General, Renovación de Autoridades.

**SOCIEDAD DE CIRUGÍA PLÁSTICA
Y RECONSTRUCTIVA DE CÓRDOBA Y CENTRO****Curso Internacional Quirúrgico de Cirugía Plástica 2012**

31 de agosto - 1 de Septiembre de 2012

Salón Auditorio OSDE.

Rafael Nuñez 4252 - Córdoba - Argentina.

Temas centrales (¿a confirmar?)

Cirugía estética maxilofacial

Cirugía mamaria

Cirugía posbariátrica

Invitados extranjeros

Dr. Fernando Molina Montalva (México)

Invitados nacionales

Dr. Juan Carlos Traverso (Rosario)

Dr. Marcelo Cuadrado (Buenos Aires)

¿Dr. Marcelo Dimaggio?

Para mayor información:

MCI Córdoba Office

Juan C. Castagnino 2112 Barrio Cerro de las Rosas

Córdoba - Argentina

E-mail: cordoba@mci-group.com

Tel: +54 351 4829203 - Fax: +54 351 4829057