

REVISTA ARGENTINA DE  
**Cirugía Plástica**

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



ASOCIACIÓN MÉDICA ARGENTINA

VOLUMEN XIX | NÚMERO 4 | AÑO 2013





COMISIÓN DIRECTIVA  
SACPER - 2013

CAPÍTULOS, COMISIONES Y COMITÉS  
Año 2013

**Presidente**

Dr. Juan Carlos Traverso

**Vicepresidente**

Dr. Francisco J. Famá

**Secretario General**

Dr. Héctor Tito Leoni

**Prosecretario**

Dr. Carlos E. Sereday

**Tesorero**

Dr. Carlos D. Schreiner

**Protesorero**

Dr. Daniel E. Castrillón

**Secretario de Actas**

Dr. Jorge Ferreira

**Directora de Publicaciones**

Dra. Esteban H. Elena

**Subdirector de Publicaciones**

Dr. Aníbal Mira Roso

**Vocales Titulares**

Dr. Eduardo H. Errea  
Dr. Federico Zapata  
Dra. Marcela H. Marín  
Dr. Néstor F. Paul

**Vocales Suplentes**

Dr. Gonzalo G. Aguirre  
Dr. Agustín H. Alfí  
Dr. Omar A. Pellicioni  
Dra. Iris H. Blanco

**Presidente anterior**

Dr. Luis M. Ginesín

**Capítulos**

**Cirugía Estética**

Dr. Guillermo Siemienczuk

**Quemados**

Dr. Alberto Tuninetti

**Cirugía Maxilofacial**

Dr. Walter Servi

**Cirugía Infantil**

Dr. Sergio Polichella

**Miembros, Mano y**

**Microcirugía**

Dra. Elina Ares de Parga

**Mamas**

Dr. Sandra Filiciani

**Procedimientos complementarios**

**minimvasivos**

**en Cirugía Plástica**

Dr. Javier Vera Cucchiari

**Medicina Regenerativa  
y Cicatrización de Heridas**

Dr. Gustavo Prezzavento

**Comisión de Docencia  
e Investigación**

**Coord.:** Dr. Ricardo Yohena

Dr. Pedro Bistoletti

Dr. Oscar Zimman

Dr. Alberto Abulafia

**Comisión de Educación Médica  
Continua**

**Pte.:** Dr. Juan Carlos Traverso

**Coord.:** Dr. Julio Cianflone

Dr. Ricardo Losardo

Dr. Enrique Gagliardi

Dr. Ernesto Moretti

Dr. Pedro Dogliotti

Dr. Héctor Lanza

**Comité de Ética**

**Sala 1:** Dr. Víctor Vassaró

Dr. Rodolfo Ferrer

Dr. Ernesto Moretti

**Sala 2:** Dr. Alfredo Santiago

Dr. Carlos Perroni

Dr. Juan Carlos Seiler

**Comisión Informática**

**Coord.:** Dr. Esteban Elena

Dr. Aníbal Mira Blanco  
(Director y Subdirector de Publicaciones)

**Respuesta de e-mails**

Dr. Dr. Carlos Schreiner

**Asesora de página web**

Dra. Lucila Mangas

Dra. Marcela Marín

**Comisión de Asuntos Legales**

**Asesor:** Dr. Luis M. Ginesín

**Coord.:** Dr. Ramiro González

Oliva

Dr. Jorge Rodríguez

Dr. Eduardo Marchioni

**Junta Electoral**

Dr. Manuel Viñal

Dr. Guillermo Flaherty

Dr. Carlos Zavalla

**Consejo de Relaciones Internacionales de la SACPER**

**Coord.:** Dr. Abel Chajchir

Dr. Juan C. Rodríguez (IPRAS)

Dr. Jorge Buquet (Cono Sur)

Dr. Omar Ventura (Cono Sur)

Dr. Juan Carlos Seiler (ISAPS)

**Comisión de Acreditación de Unidades Docentes**

**Coord.:** Dr. Ricardo Yohena

Dr. Walter Servi)

Dra. Paulina Iwanyk

**Comisión de la Especialidad**

**Ad-hoc (Asoc. Arg. de Cirugía)**

Dr. Esteban Elena

Dr. Carlos Sereday

Dr. Daniel Castrillón

**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 Fisuras Labioalveolopalatinas**

**Asesor**

Dr. Rodolfo Ramón Rojas

**Director General**

Dr. Carlos Alberto Perroni

**Coordinadora de Campaña**

Dra. Martha Mogliani

**Coordinadora Científica**

Dra. Paulina Iwanyk

**Secretaria**

Dra. Mirta Susana Moreno

**Tesorero**

Dr. Carlos D. Schreiner (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

**Rosario:** Dr. Guillermo Iturraspe

**Comisión de Admisión de Trabajos a Premio**

**Vicepresidente SACPER**

Dr. Francisco Famá

**Secretario General SACPER**

Dr. Hector Tito Leoni

**Prosecretario General SACPER**

Dr. Carlos Sereday

**Comisión Asesora de Congresos**

Dr. Juan Carlos Seiler

Dr. Oscar Prociakievicz

Dr. Hugo Bertone

Dr. Adalberto Borgatello

Dr. Pedro Dogliotti

Dr. Enrique Gagliardi

Dr. Horacio García Igarza

**Comisión de Defensa del Ejercicio Profesional**

Dr. Héctor Lanza

Dra. Noemí Cardozo

Dr. Carlos Zavalla

**Comisión de Prensa y Difusión Representante de Comisión Directiva**

Dr. Francisco Famá

**Videoteca**

Dr. Eduardo Marchioni

**Relaciones con Filiales**

Dr. Carlos Schreiner

**Parlamentario**

Dr. Eduardo Errea

## 1956 - 2012

### GALERÍA DEL CIRUJANO PLÁSTICO

#### Stock completo para LIPOASPIRACIÓN - LIPOESCULTURA

■ TRASVASADOR LUER®  
A JERINGA LUER



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



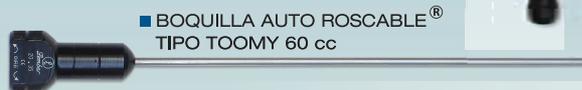
■ TRASVASADOR®  
DE JERINGA  
TOOMY 60 cc  
A CONO LUER



■ 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

## COMITÉ DE REDACCIÓN

### Editora

Dra. Martha O. Mogliani

### Coeditora

Dra. Lucila Victoria Mangas

### Comité Editor

*Cirugía Estética:* Dr. Abel Chajchir

*Cirugía Maxilofacial:* Dr. Carlos Perroni

*Quemados:* Dr. Hugo Bertone

*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. Esteban Elena

### Presidente Comité de Redacción

Dr. Fortunato Benaim (Cirujano Maestro)

### Comité de Redacción

Dr. Ulises De Santis

(Cirujano Maestro)

### Consejo Consultor Nacional

Dr. Alberto Albertengo

(Cirujano Maestro)

Dr. Luis Inchaurreaga

(Cirujano Maestro)

Dr. Osvaldo Orduna

(Miembro Honorario Nacional)

## AUTORIDADES DE REGIONALES

Año 2013

**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. Omar Darío Ventura

**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: Dra. Susana Paredes

**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

Sulfadiazina de Plata  
Vitamina A  
Lidocaína

**Platsul-A<sup>®</sup>**  
CREMA DE APLICACION TOPICA LOCAL



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

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

También en afecciones dermatológicas infectadas o susceptibles de infectarse

# SUMARIO

---

	82	103
<b>EDITORIAL</b>		
<b>Balance</b>		<b>Primeros 10 años de la Revista de la Sociedad Argentina de Cirugía Plástica, Estética y Reparadora (1953-1964)</b>
<i>Martha O. Mogliani</i>		<i>Ricardo J. Losardo, Eduardo J. Conde-Orellana</i>
<hr/>		<hr/>
	83	108
<b>Videoendoscopia para lesiones benignas en región frontal</b>		<b>Doce Años de la creación del centro de referencia y contrarreferencia nacional para el tratamiento de niños con fisura nasoalveolopalatina y malformaciones asociadas</b>
<i>Ernesto Moretti, Melisa Galetto, Luis Londoño, Yamil Eid Caballero</i>		<i>Martha O. Mogliani</i>
<hr/>		<hr/>
	90	
<b>Fracturas panfaciales: actualización</b>		<b>111</b>
<i>Fernando Pereira Suárez, Hugo Drago, Flavio Sturla</i>		
<hr/>		<hr/>
	97	
<b>Válvula nasal interna y rinoplastia estética</b>		<b>114</b>
<i>Giacomotti JD, Ottone NE, Bertone VH, Arruñada FJ, Cirigliano V, Oloriz L</i>		<b>Noticias Regionales</b>
<hr/>		<hr/>



# BALANCE

---

*En este fin de año, me propongo hacer algunas reflexiones sobre hechos, actitudes, procedimientos, etc. que involucran a nuestra Sociedad, producidos por algunos de los miembros que la componen.*

*Hay un abismo y un eterno combate entre lo que somos, lo que creemos ser y lo que dicen que somos. Estas disyuntivas nos traen marchas y contramarchas, planteos y replanteos. No siempre estas cosas nos hacen reflexionar; si lo hiciéramos, tal vez, podríamos intentar dejar atrás actitudes que nos aíslan y nos encierran, privándonos de una convivencia armoniosa. Se escuchan poco o nada los argumentos de los otros, y los argumentos propios muchas veces están elaborados desde rencores, envidias, resentimientos. Cómo encontrar el equilibrio, cómo encontrar la racionalidad. Estamos transitando tiempos donde el equilibrio, la racionalidad, la sensatez, son bienes escasos.*

*Nuestra Sociedad está compuesta por muchos miembros que individualmente son muy destacados, ya sabemos que cada individuo es único e irrepetible, y también sabemos que cada individuo es responsable de cómo elige, actúa y decide.*

*Los lobbies, los intereses de todo tipo, las conveniencias personales por sobre las societarias y del conjunto, nos alejan como individuos. Los amigos se convierten en enemigos o viceversa, todo esto no ayuda precisamente a la convivencia dentro de una sociedad.*

*Pienso que si hay coherencia en una sociedad entre el valor de los individuos que la componen, el resultado de las acciones y las opciones colectivas, y se comparten propósitos y acciones dirigidas al bien común de todos los individuos que la integran y esto se trasmite a las siguientes generaciones, la sociedad sería exitosa. Mientras esto no ocurra, los éxitos serán individuales.*

*Al igual que las naciones, las sociedades se mejoran a sí mismas cuando las personas que las integran son éticas, morales, de miras y mentes amplias. Si esta clase de personas supera en número a las que solo tienen miras personales, políticas y comerciales, con mentes y horizontes estrechos, nuestra sociedad mejorará.*

*Cuando el calendario llegue a su fin de ciclo y el reloj marque las 24 horas, preguntémosnos: ¿He realizado los proyectos, propósitos, se han cumplido mis esperanzas y deseos con los que empecé el año? ¿Mejoré mis vínculos, con familiares, en mi hogar, con mis amigos, mis compañeros? ¿Mis elecciones, mis conductas, mejoraron mi entorno? En la respuesta a cada una de las preguntas encontrarás si el año vivido tuvo un sentido positivo o no.*

*Todo lo mejor y feliz Año Nuevo.*

**Dra. Martha O. Mogliani**  
*Editora*

# VIDEOENDOSCOPIA PARA LESIONES BENIGNAS EN REGIÓN FRONTAL

**Ernesto Moretti<sup>1</sup>, Melisa Galetto<sup>2</sup>, Luis Londoño<sup>3</sup>, Yamil Eid Caballero<sup>3</sup>**

## RESUMEN

En este trabajo se revaloriza el uso de videoendoscopia para el tratamiento de lesiones benignas frontales, con la presentación de 13 casos.

## SUMMARY

In this paper, the use of video endoscopy revalued for the treatment of benign front tumors, with the presentation of 13 cases.

## INTRODUCCIÓN

Las lesiones benignas de la región frontal pueden ser de naturaleza ósea o derivadas de tejido mesenquimatoso, como los lipomas. En ambos casos, el abordaje para su tratamiento quirúrgico ha sido a través de una incisión directa dejando una cicatriz en zona evidente. Una incisión directa para la resección de un osteoma necesariamente afecta los siguientes tejidos: piel, tejido celular subcutáneo, elementos vasculares, músculo frontal y ramas nerviosas que por



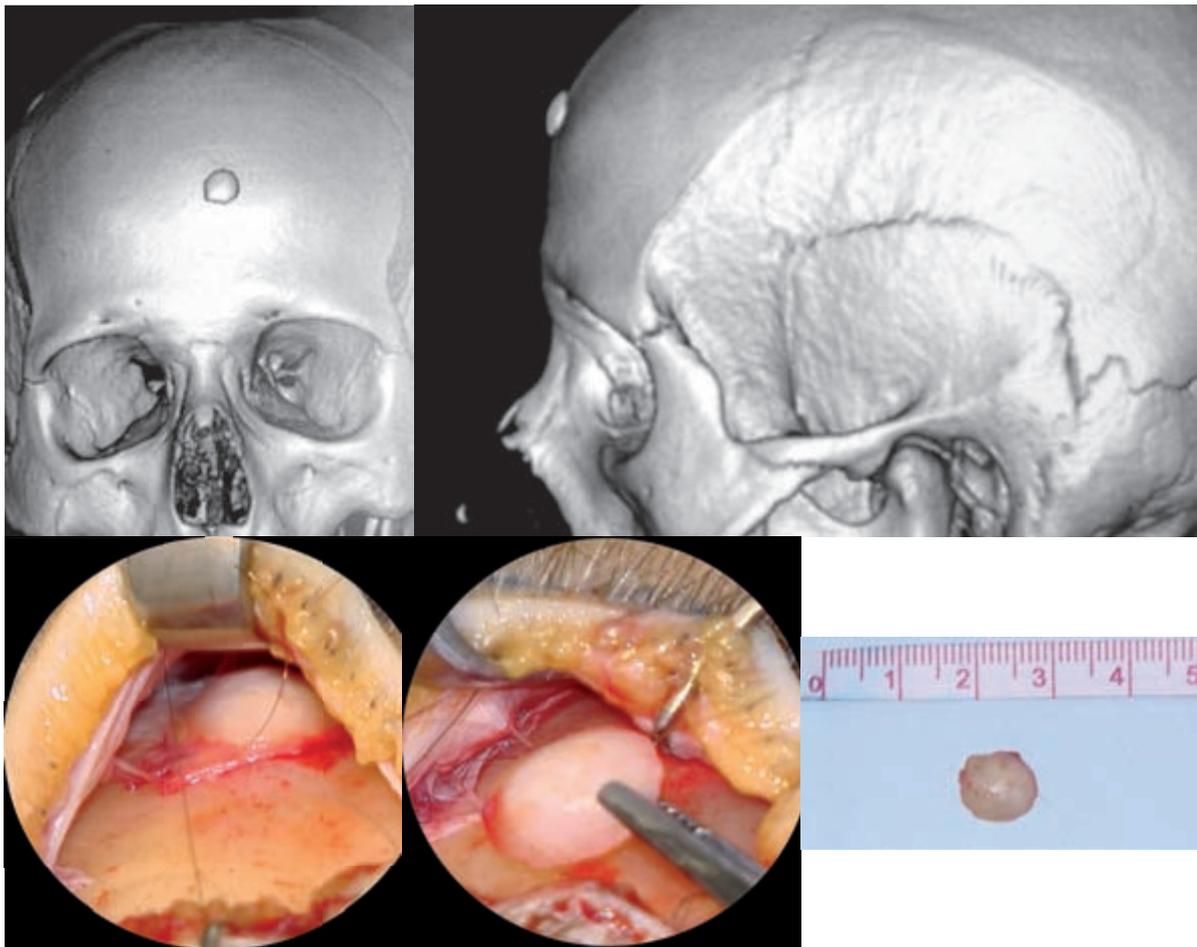
Figura 1. Equipamiento endoscópico: torre de video Stryker, cámara Karl Storz 30 grados, 4 mm.

1. Jefe del Servicio de Cirugía Plástica, Estética y Reparadora.

2. Jefe de Residentes.

3. Residentes.

Servicio de Cirugía Plástica del Sanatorio los Arroyos y Grupo Gamma - Servicio Universitario acreditado por la Universidad Abierta Interamericana, sede Rosario. Cátedra de Anatomía de la Facultad de Ciencias Médicas y de la Salud de la U.A.I., sede Rosario. Rep. Argentina.



Figuras 2 a 6. Imágenes preoperatorias y endoscópicas de lesiones óseas benignas de región frontal (osteoma) (plano subperióstico).

el mismo se extiende. Teniendo esto en consideración, la cirugía con incisión directa no solo cambia una lesión inestética por una cicatriz, dejando un resultado estético parcial, sino que también puede causar lesiones nerviosas. La lesión nerviosa, sobre todo de las ramas supraorbitarias (*n. supraorbitalis*, T.A.) y supratroclear (*n. supratrochlearis*, T.A.), que discurren sobre el músculo frontal (*venter frontalis*, *m. occipitofrontalis*, T.A.),<sup>1</sup> pueden dejar como secuelas pérdida de la sensibilidad en la frente.

Las lesiones óseas benignas de región frontal podrían tratarse con los mismos principios de la cirugía maxilofacial, a través de incisiones bicoronales,<sup>2</sup> evitando así la cicatriz evidente. Sin embargo, deben considerarse las desventajas que esto tiene, como el hecho de dejar una cicatriz larga con riesgo de zonas alopecias y secuelas posibles como paresia frontal y neuromas.

El uso de la tecnología endoscópica en Cirugía Plástica se inició en 1991 para procedimientos en región fron-

tal para miectomías del músculo procerus (*m. procerus*, T.A.) y corrugadores (*m. corrugator supercilii*, T.A.) con fines estéticos.<sup>3</sup> Luego, el *lifting* frontal y la elevación de cejas mediante endoscopia han sido popularizados ampliamente.<sup>4</sup>

Con el fin de mejorar los resultados estéticos y disminuir complicaciones o desventajas en el tratamiento de lesiones benignas de región frontal como osteomas y lipomas, se propone en el siguiente trabajo hacer uso de las ventajas del endoscopio para la resolución quirúrgica de estos casos.

## MATERIALES Y MÉTODOS

Entre el año 2009 y 2012 se realizaron 13 casos de procedimientos con abordaje endoscópico en la región frontal para el tratamiento de osteomas y lipomas. De esos pacientes se operaron 3 osteomas y 10 lipomas. El rango de la edad de los pacientes oscila-



Figuras 7 a 10. Imágenes intraoperatorias endoscópicas y externa para acceder a lesiones lipomatosas de región frontal (plano subcutáneo).

ba entre 26 y 54 años, con un promedio de 43 años. La técnica quirúrgica fue la misma en todos los casos. Bajo neuroleptoanestesia y previa asepsia y antisepsia, los pacientes son infiltrados con una solución de 20 cc de lidocaína al 2% con epinefrina, 1 cc de adrenalina a concentración 1:1000 y 20 cc de solución fisiológica al 0,9%. Se infiltra la línea de incisión y se irradia hacia la región frontal en plano supra- y subperióstico para realizar disección hídrica. La incisión se ubica en la zona pilosa del cuero cabelludo al mismo nivel donde se encuentra la lesión. Se incide la piel en una línea no mayor de 2 cm, en dirección longitudinal y se ubica el plano de disección. En las

lesiones lipomatosas, se decola por encima del periostio, mientras que en las lesiones óseas, el plano es por debajo del periostio. Mediante la asistencia endoscópica a través de la misma incisión, se decolan los tejidos hasta alcanzar la altura de la lesión. El aparato empleado es un videoendoscopio marca Karl Storz, 30 grados, 4 mm. adaptado a torre Stryker (**Figura 1**). Posteriormente se emplean separadores tipo Farabeuf con ramas largas así como hilos de nylon 3.0 que van a ser utilizados como retractores cutáneos. De esta manera, se obtiene un amplio acceso a la zona. En los casos de lesiones óseas, estas son escopladas con escoplo de Pitanguy (para osteotomías de dor-



Figuras 11 a 14. Fotos preoperatorias (izquierda) y posoperatorias alejadas de paciente con lipoma frontal.

so nasal) bajo visión endoscópica para luego ser retirados (**Figuras 2 a 6**). En el caso de los lipomas, mediante visión endoscópica de divulsión por encima del músculo frontal hasta llegar al plano donde este se ubica, se libera completamente, y a través de la incisión en región pilosa, es retirado (**Figura 7 a 10**). El plano es avascular y generalmente no hay sangrado. La incisión es cerrada mediante suturas mecánicas (Proximate 35W).

## RESULTADOS

Todos los pacientes operados fueron manejados de manera ambulatoria a partir del mismo día de la cirugía. La cirugía en promedio fue de 45 minutos de duración. En ninguno de los casos se presentó algún tipo de complicación en el intraoperatorio. En el posoperatorio se evaluaron los pacientes a los 5, 15 y 20 días. Todos los pacientes presentaron una recu-

peración casi total en la primera visita con mínima evidencia clínica de algún proceso inflamatorio posquirúrgico, y sin presencia hematomas, con evolución satisfactoria en corto tiempo. En todos los casos, los resultados fueron definidos como totalmente satisfactorios, tanto en opinión de los pacientes como del cirujano, con cicatriz mínima oculta en zona pilosa del cuero cabelludo y sin cicatriz en la unidad facial. No se registraron complicaciones a largo plazo (**Figuras 11 a 25**).

## DISCUSIÓN

En cirugía cosmética, la herramienta endoscópica se ha popularizado con fines de reducir cicatrices, tamaño de incisiones y mejorar sustantivamente el resultado.<sup>4</sup> En cirugía craneomaxilofacial también ha sido usado para realizarse Le Fort I, Le Fort III, os-



Figuras 15 a 20. Fotos preoperatorias (izquierda) y posoperatorias de paciente con lipoma frontal. Nótase la ausencia de cicatriz frontal.

teotomías mandibulares y fracturas faciales.<sup>2,5</sup> Incluso se ha descrito este abordaje para mejorar el contorno de las deformidades consistentes en protuberancias óseas de la región frontal, así como para casos de transexualismo.<sup>6</sup>

Las lesiones benignas como los osteomas y lipomas se pueden abordar directamente, con consecuente resultado estético parcial debido a cicatriz inestética. En casos de lesiones de mayor profundidad en los tejidos, sobre todo de origen óseo, puede haber lesiones vasculares y nerviosas con posible pérdida de sensibilidad si se lesionan ramas supratroclerares y supraorbitarias que se extienden por el músculo frontal. El abor-

daje coronal tiene como desventaja una cicatriz larga, zonas alopécicas posquirúrgicas, mayor sangrado, parresias y neuromas.

Lin y cols.<sup>7</sup> reportaron las ventajas en los resultados de pacientes operados con endoscopio que presentaban lesiones benignas en región frontal. Reportan 25 casos en donde se operaron lesiones tales como lipomas, quiste dermoides y pilomatrixomas, con resultados satisfactorios para el cirujano y pacientes.

También se ha reportado este mismo abordaje para resección de osteomas.<sup>8</sup> Esta lesión se presenta en el 0,014%-0,43% de la población general,<sup>9</sup> y representa el tumor más frecuente del esqueleto facial.



Figuras 21 a 24. Fotos preoperatorias (izquierda) y posoperatorias de osteoma de tabla externa de hueso frontal (*os frontalis*, T.A.).



Figuras 25 a 26. Fotos preoperatoria (izquierda) y postoperatoria alejada posextirpación de lipoma frontal. Incisión vertical siguiendo la dirección de los folículos pilosos en la línea media

## CONCLUSIONES

Las técnicas de abordaje endoscópico en la región frontal se han aplicado ampliamente en cirugías cosmética y craneomaxilofaciales, con reducción

de cicatrices evidentes en zonas del marco facial. En casos de lesiones benignas de región frontal se puede extrapolar los principios de la cirugía endoscópica con los mismos fines, tomando beneficio de sus ventajas. El abordaje endoscópico tiene la ven-

taja de no requerir una incisión directa, con lo que se evita el daño de tejido vascular, muscular y nervioso, y a la vez lesiones de la piel y subsecuente cicatriz facial. Sus ventajas, en definitiva, son el uso de incisiones menores, resultados sin cicatrices sobre la piel de la frente y la ausencia del riesgo de hipostesias o lesiones nerviosas. A la vez se resalta

que aporta un procedimiento con menos sangrado, ya que se realiza sobre un plano avascular y con mínimas incisiones. El uso del videoendoscopio provee una visualización directa con buena definición del campo quirúrgico, y mejora la calidad del resultado con un posoperatorio favorable y de rápida evolución.

---

## BIBLIOGRAFÍA

1. Knize DM. A study of the supraorbital nerve. *Plast Reconstr Surg* 1995;96:564.
2. Ortiz Monasterio F. Aesthetic surgery of the facial skeleton: The forehead. *Clin Plast Surg* 1991;18:19-27.
3. Keller GS. Small incision frontal rhytidectomy with the KTP laser. *American Academy of Cosmetic Surgery, World Congress. October 1991, Scottsdale, AZ, US.*
4. Ramirez OM. Endoscopic techniques in facial rejuvenation: an overview, part 1. *Aesth Plast Surg* 1994;18:141.
5. Park DH, Lee JW, Song CH, Han DG, Ahn KY. Endoscopic application in aesthetic and reconstructive facial bone surgery. *Plast Reconstr Surg* 1998;102:1199-1209.
6. Guyuron B, Lee M, Larson K, Amirlak B. Endoscopic correction of frontal bossing. *Plast Reconstr Surg* 2013;131:388e.
7. Lin S, Lee S, Chang K, et al. Endoscopic excision of benign tumors in the forehead and brow. *Ann Plast Surg* 2001;46:1-4.
8. Lai CH, Sun IF, Huang SH, Lai CS, Lin SD. Forehead osteoma excision by endoscopic approach. *Ann Plast Surg* 2008;61:533-536.
9. Izci Y. Management of the large cranial osteoma: experience with 13 adult patients. *Acta Neurochir* 2005;147:1151-1155.

# FRACTURAS PANFACIALES: ACTUALIZACIÓN

**Fernando Pereira Suárez, Hugo Drago, Flavio Sturla**

---

## RESUMEN

Se hace una sucinta actualización de la epidemiología, de la anatomía y biomecánica aplicada, de la semiología y examen del paciente, de los estudios de imagen y de la terapéutica de las fracturas panfaciales.

Palabras claves: fracturas panfaciales, traumatismo craneofacial.

## SUMMARY

Briefly, to epidemiology, anatomy, bio-mechanical, semiology, patient examination, image search and therapeutic of the pan-facial fractures are done.

Key words: pan-facial fracture, cranium-facial trauma.

---

## INTRODUCCIÓN

Los traumatismos craneofaciales han venido en franco y constante aumento en los últimos años, debido, principalmente, al incremento de los accidentes automovilísticos.

En la desaceleración brusca de un vehículo que se desplaza a 100 km/hora, el impacto que recibe el conductor contra el habitáculo es aproximadamente de 2.000 kg/cm<sup>2</sup>/segundo, similar a lo que le ocurre a un cuerpo en caída libre desde 40 m de altura, equivalente a un edificio de 8 pisos (**Figuras 1 y 2**).<sup>1</sup>

Las personas que sobreviven a esa colisión son portadoras de un politraumatismo generalizado, y cuando la cara está comprometida, se denomina traumatismo pan-facial.

Para P. Manson, “las fracturas panfaciales comprometen a las dos mitades faciales, separadas por una fractura en el nivel Le Fort I”.<sup>2</sup>

---

Curso Superior de Especialización en Cirugía Plástica (de la Sociedad Argentina de Cirugía Plástica, Estética y Reparadora –SACPER– y Escuela de Graduados de la Asociación Médica Argentina –AMA–).

Correspondencia: Dr. Fernando Pereira Suárez | Calle Cacique Tito N° 199. Sucre, Bolivia | Tel: 0059-1-64-55453 | email: fernandops98@hotmail.com, fernandops98@gmail.com

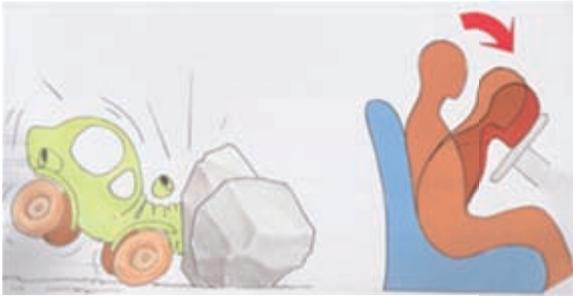


Figura 1. El accidente automovilístico como causa importante de fracturas faciales.

Es útil recordar que, desde un punto de vista semiológico, la cara se divide en tres tercios:

- Tercio superior o craneofacial.
- Tercio medio o visceral (medialmente, el medio nasal y lateralmente, el medio orbital).
- Tercio inferior o masticatorio (maxilar superior e inferior).

Por consenso se denominan fracturas panfaciales cuando están comprometidas las estructuras óseas del tercio medio nasal y orbital; y el tercio inferior en su totalidad (tanto maxilar como mandibular).

En el abordaje a su manejo, participan profesionales de varias especialidades, bajo el criterio de dos axiomas:

- a. “Primero la vida, luego la función y por último la forma”.
- b. “Todo paciente con un trauma facial es un politraumatizado general hasta que se demuestre lo contrario”.

La complejidad de estos casos da poco margen a la improvisación, por lo que se debe realizar una correcta anamnesis, una exhaustiva exploración semiológica y una cuidadosa planificación quirúrgica.

Todo esto nos permite lograr una reconstrucción anatómica tridimensional, la estabilidad de los trazos de fractura y la preservación de los órganos en ellos contenidos o implicados.

El cirujano que enfrenta las lesiones maxilofaciales complejas debe estar alerta para valorar las lesiones ocultas en cualquier parte del cuerpo, ya que la fuerza de impacto necesaria para producir estos severos daños faciales es usualmente lo suficientemen-

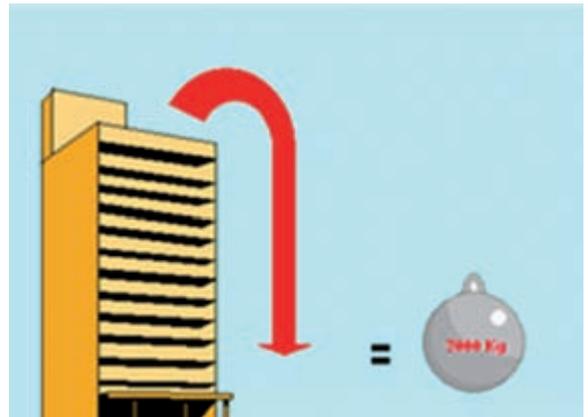


Figura 2. Caída libre de 40 m.

te intensa como para producir lesiones concomitantes en el SNC, el tórax, el abdomen, la pelvis y/o las extremidades.

Se debe comenzar con un detallado examen sistemático, utilizando el protocolo de soporte avanzado del trauma, y proceder a la descripción escrita de las lesiones maxilofaciales, tanto de los tejidos blandos como de los huesos.

Las fotografías previas son un método excelente para las lesiones de tejidos blandos. Una vez que el paciente ha sido estabilizado desde el punto de vista sistémico, se procede a realizar un examen físico maxilofacial más profundo.

## EPIDEMIOLOGÍA

Las fracturas panfaciales pueden ser originadas por distintas formas de traumas. De acuerdo con un estudio retrospectivo, las causas más comunes son:

- Asaltos (36%).
- Accidentes de tránsito (32%).
- Caídas (18%).
- Actividades deportivas (11%).
- Accidentes del trabajo (3%).
- Heridas por armas de fuego (2%).

Los accidentes de tránsito y las heridas por arma de fuego se encuentran como predicciones significativas de fracturas panfaciales.<sup>3</sup>

Dentro de los politraumatizados, las fracturas maxilofaciales ocupan el 30%, en una relación hombre/mujer de 3 a 1. La frecuencia es elevada debido a que la cara está expuesta con muy poca cobertura de protección.



Figura 3. "Monstruosidad facial".

Existe un claro predominio masculino, con edad media de 32 años (rango: 20-45 años).

En los niños, las causas más comunes son las caídas casuales, y en los adultos jóvenes, los accidentes de tránsito.

## BIOMECÁNICA

El aspecto biomecánico nos obliga a observar y analizar las formas más allá de su propia conformación, permitiéndonos descubrir puntos de vista diferentes a la luz del comportamiento de las estructuras, dentro de los organismos vivos, donde los órganos destinados a la protección de las vísceras no necesariamente tienen que estar dominados por el carácter puramente resistente, sino que la mayoría de las veces esta fortaleza radica en su fragilidad.

Esta característica de fragilidad se traduce en la clínica, al constatar que los que sobreviven son "monstruosidades faciales".

*"Una monstruosidad facial postraumática puede resultar impresionante, pero no apremiante"* (Figuras 3 y 4).<sup>1</sup>

Estas estructuras óseas amortiguan el impacto, absorbiéndolo, y por ende resultan destruidas, lo que permite dejar indemne la base de cráneo. Amortiguar significa "dejar como muerto" (*Diccionario de la Real Academia Española*); el impacto fenece en estas estructuras.



Figura 4. "Monstruosidad facial". Reconstrucción quirúrgica.

## REPASO ANATÓMICO

Para poder interpretar correctamente la anatomía patológica es necesario conocer cómo se "prende" la cara al cráneo.

La cara se "cuelga" al cráneo a través de 4 huesos:

- a. **Hueso frontal:** está adelante y en superficie. En él se insertan las apófisis ascendentes del maxilar superior y la lámina perpendicular del etmoides, conformando las 3 patas verticales y superficiales (pilar central) (Figura 5).
- b. **Hueso esfenoides:** está atrás y en profundidad. El esfenoides brinda las 3 patas verticales profundas. Estas están formadas por: las alas pterigoideas del esfenoides, la porción vertical del palatino (sector profundo de la pared lateral de la nariz) y en el medio el vómer (pilar lateral). Si bien tanto el hueso palatino como el vómer no son dependencia del esfenoides, desde el punto de vista biomecánico pertenecen a él, dado que junto al esfenoides constituyen el prendimiento profundo de la cara (Figura 6).
- c. **Huesos temporales:** están a los lados y en superficie. A los costados en profundidad la apófisis cigomática del hueso temporal que forma la arcada cigomática (ancho de cara o pilar coronal) (Figura 7).

En resumen, la cara se prende al cráneo a través de 8 patas, 6 verticales, que forman parte del pilar central y del lateral; y 2 horizontales, ambas arcadas cigomáticas, de los pilares coronales derecho e izquierdo.

El desprendimiento de la cara desde el cráneo, ocurre siempre y cuando se desprendan las 6 patas verticales y a veces las 8 patas.



Figura 5. Pilar central.

En las fracturas tipo Le Fort I y Le Fort II se comprometen las patas verticales y en la Le Fort III se comprometen las patas verticales y horizontales (**Figuras 8, 9 y 10**).

## SEMIOLÓGÍA

Cumpliendo con el primer axioma propuesto –primero la vida, luego la función y luego la forma–, es de gran importancia garantizar la permeabilidad de la vía aérea.<sup>4-6</sup>

Es destacable la dificultad respiratoria espontánea que tiene este tipo de pacientes. Por un lado, las fracturas de mandíbula, cuando son conminutas se acompañan de una caída hacia atrás y abajo de la lengua. Sin contar además con el hematoma de piso de boca que es otro motivo de insuficiencia respiratoria aguda.

Las fracturas Le Fort concomitantes se traducen por una caída hacia atrás y abajo del velo del paladar. Ambas estructuras, tanto la lengua como el velo del paladar producen obstrucción de la vía aérea superior, actuando como sopapas. Se torna en una urgencia, con la indicación de intubar a estos pacientes (intubación orotraqueal por médico terapista).

El tercio medio visceral se llama así por alojar los órganos del olfato, respiración, visión y audición. Estas vísceras se despliegan cual abanico, inmediatamente por debajo de la masa cerebral, con el fin de informarla oportunamente. Pueden estar comprometidas por el trauma sin estar dañados los tegumentos de las mismas.

El paciente con una fractura panfacial, además de tener alteración grave de la mordida, puede tener insuficiencia respiratoria por la fractura nasal, avulsión del confluente cutáneo-mucoso central de la cara con exposición de hueso, avulsión de la válvula vestibulo-nasal,

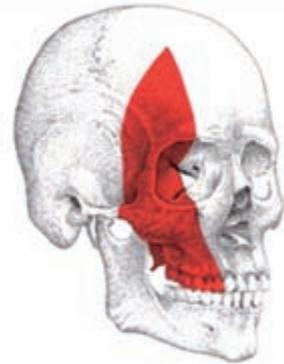


Figura 6. Pilar lateral.

achatación de la mejilla por fractura del marco de órbita con fractura concomitante del piso que se traduce por enoftalmos y diplopía.

Las primeras medidas semiológicas a tener en cuenta consisten en la búsqueda de las urgencias del sector visceral (tercio medio de la cara):

1. **Avulsión de la punta nasal.** Se reconstruye anatómicamente de profundo a superficial, de difícil a fácil, sobre pinza reparada para mantener los planos tridimensionales de la región. Al no cumplir este requisito el paciente puede quedar con insuficiencia respiratoria total porque en él, el aire ni entra.
2. **Hematoma de tabique.** Si el paciente no es drenado dentro de las primeras 72 horas, el tabique, al quedar sin fuente nutricia porque está rodeado de un hematoma, se necrosa, se infecta y se reabsorbe produciendo nariz en silla de montar con la consecuente insuficiencia respiratoria total y grave deformidad.
3. **Confluente cutáneo mucoso central de la cara.** En la espina nasal anterior del maxilar superior confluyen:
  - En un plano sagital: suma de columela y tabique nasal.
  - En un plano axial: el piso de la fosa nasal.
  - En un plano coronal: la porción central del labio superior y la premaxila, con su revestimiento gingival.
  - En un plano oblicuo helicoidal la válvula vestibulo nasal.

Estos planos anatómicos deben ser reconstruidos en forma tridimensional para prevenir las retracciones, deformidades y fistulas oronasales y orosinusales.

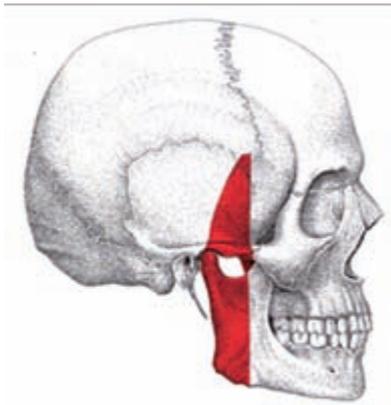


Figura 7. Pilar coronal.

4. **En la zona palpebral.** Arrancamiento del canalículo lacrimal inferior. Si el paciente no es operado para recanalizar su canalículo inferior desgarrado dentro de la primeras 72 horas, quedará con epífora permanente.
5. **Avulsión de párpado con exposición de córnea.** Peligro de úlcera de córnea. Para prevenir la úlcera en la urgencia se utiliza vaselina sólida en buena cantidad, que cubra el globo ocular y que evite la evaporación de la lágrima.
6. **Herida perforante del globo ocular.** Si el oftalmólogo no repara la herida dentro de las primeras horas, el paciente corre riesgo de ser víctima de una oftalmia simpática refleja, con la consecuente pérdida de la visión bilateral.
7. **Avulsiones de la mejilla.** Explorar en búsqueda de un desgarramiento del conducto excretor de la parótida (conducto de Stenon). Debe ser recanalizado con urgencia para evitar fístulas postraumáticas.
8. **Nervio facial.** Es difícil que el nervio sea desgarrado en su tronco; se debe esperar que alguna de sus ramas terminales sean lesionadas.

## EXAMEN DEL PACIENTE

La premisa principal es que todo traumatismo de cara es un politraumatismo facial hasta que se demuestre lo contrario. Repasar el motivo de la consulta con los siguientes pasos: leer la historia clínica como primera medida, a continuación con un par de guantes abordar al enfermo. Por último, revisar el estudio de las imágenes. El cirujano opera pacientes, no tomografías. Es bueno resaltar que por más que tenga trazos fracturarios en el piso de órbita acusados por la TC, en un corte coronal, si el



Figura 8. Fractura tipo Le Fort I.

paciente sigue viendo normal, es decir, no tiene diplopía ni enoftalmos, el paciente *no es quirúrgico*. No sea que con el afán de corregir el defecto anatómico guiado por la “terrible” tomografía, el paciente en el posoperatorio vea doble. En todo “ojo en compota” pedir siempre consulta con el oftalmólogo.

## ESTUDIOS IMAGENOLÓGICOS

Los hallazgos clínicos orientan los estudios radiológicos. Debido a la complejidad de estas lesiones, la TAC, con relación a la anatomía facial, proporciona la información más exacta con respecto a los Rx (**Figuras 11 y 12**).

Las imágenes de la TAC son un componente integral en el diagnóstico de las fracturas del tercio medio. Estos pacientes con frecuencia tienen lesiones concomitantes de cráneo y requieren TAC de cráneo para examinar las estructuras intracraneales y descartar la hemorragia. Con frecuencia, si el resultado es positivo, se recurre a TAC a repetición para conocer el empeoramiento o resolución del proceso hemorrágico endocraneal.

Las imágenes de los pilares y las paredes (por ejemplo, pared interna de órbita) se adquieren en cortes axiales.

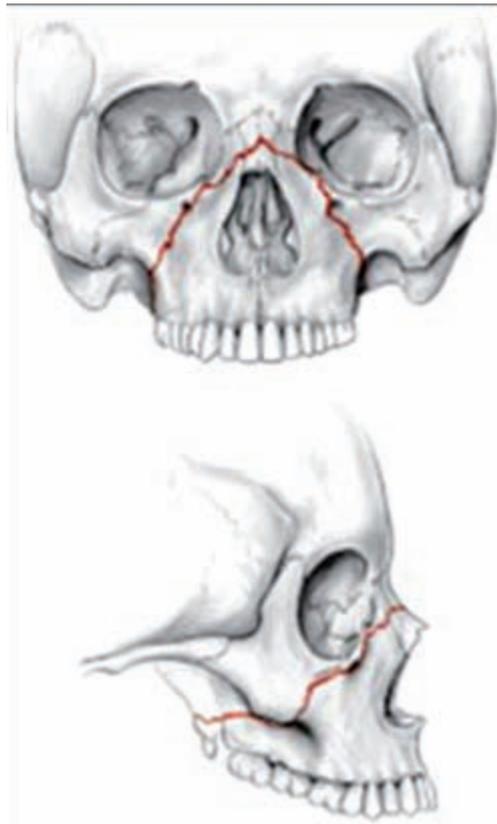


Figura 9. Fractura tipo Le Fort II.

Las de los pisos y los techos, es decir las plataformas, se adquieren en cortes coronales. Un ejemplo: paciente que presenta grave caída del globo ocular. En la TAC coronal se detecta el estallido del piso de orbita; en la TAC axial media transorbitaria se detecta la rectificación del sector profundo de la pared interna de órbita. Es así como el descenso grave del globo ocular posttraumático exige de ambos cortes tomográficos.

La TAC coronal a veces resulta difícil de obtener inicialmente en pacientes que están todavía intubados, porque requiere la inmovilización cervice-spinal. Las reconstrucciones cervicales y sagitales pueden ser necesarias y pueden obtenerse de la TAC axial inicial.

## CONDUCTA TERAPÉUTICA

Es esencial garantizar la sobrevivencia del paciente.

Desde un punto de vista estructural, consideramos al cráneo como el "continente", a la maxila como el "muelle" y a la mandíbula como el "barco atado al muelle".

En las fracturas panfaciales se observa grave alteración de la mordida. Si el "muelle" está partido, se lo reconstruye en primer término.



Figura 10. Fractura tipo Le Fort III.

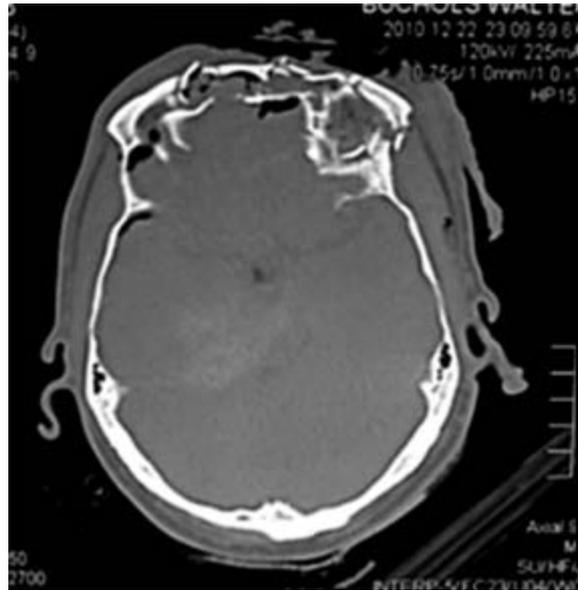
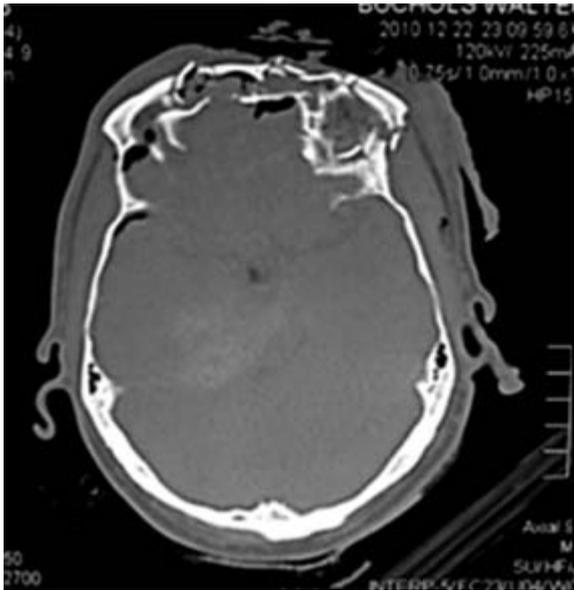
Como segundo paso, sobre la arcada dentaria superior, recién reconstruida, se arma la arcada dentaria inferior con bloqueo intermaxilar intraoperatorio a través de tornillos (IMF) y alambre 0,50. Aprovechando el bloqueo intermaxilar intraoperatorio se realiza la colocación de miniplacas en los trazos fracturarios mandibulares.

Este tiempo es la garantía de que el paciente en el posoperatorio alejado no tenga trastornos en la masticación, pseudo artrosis, supuración, fistulas o exposición de miniplacas.<sup>1,7,8</sup>

El paso siguiente es fijar la unidad masticatoria a lo que queda sano del tercio medio de la cara con miniplacas. En la práctica, siempre hay algún sector sano del tercio medio tabicado. Y como siempre, en la reconstrucción de la cara traumática se va de sano a enfermo.

Si el paciente necesita reconstrucción del marco de órbita con piso fracturado (diplopía, enoftalmos), es aconsejable diferir la cirugía para un segundo tiempo.

Y si además tiene un achatamiento grave de la nariz, por telescopado deformante, dicho tratamiento se hará en un tercer tiempo.



Figuras 11 y 12. La TAC es un complemento útil en las fracturas faciales.

## CONCLUSIÓN

Teniendo presente que un paciente traumatizado facial debe ser considerado, en principio, como un politraumatizado general, respetar el axioma: “primero la vida, luego la función y por último la forma”.

El abordaje al manejo del paciente traumatizado de cara debe realizarse mediante un equipo multidisciplinario, donde el cirujano plástico es uno más de sus integrantes.

En el diagnóstico y en el tratamiento se debe tener un enfoque tridimensional.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Sturla F, Di Mare C. Traumatismos cráneo faciales visión tridimensional. Editorial Akadia, primera edición; 2010.
2. Manson PN. Frontobasilar fractures en facial injuries. En: McCarthy JG. Plastic Surgery: The face. Philadelphia: W.B. Saunders Co.; 1990.
3. Muñoz Vidal J, García Gutiérrez JJ, Gabilondo Zubizarreta FJ. Organización en el tratamiento del traumatismo panfacial y de las fracturas complejas del tercio medio. *Cir Plást Iberolatinoam* 2009;35(1):43-54.
4. Monteil JP, Esnault O, Brette M, Lahbabi M. Chirurgie des traumatismes faciaux. *Encycl Méd Chir (Elsevier, Paris), Techniques chirurgicales – Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique*, 45-505, 1998.
5. Taub PJ, Koch RM. Plastic Surgery Clinical Problem Solving. New York: Mc Graw Hill; 2009, Cap 22, p. 135.
6. Spoor TC. Atlas of oculoplastic and orbital surgery. Informa Healthcare; UK, 2010.
7. McCarthy JG. Cirugía Plástica, La Cara. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 1992.
8. Persing JA, Evans GR. Soft-Tissue Surgery of the Craniofacial Region; Informa Healthcare; New York; 2007.

# VÁLVULA NASAL INTERNA Y RINOPLASTIA ESTÉTICA

**Giacomotti JD<sup>1</sup>, Ottone NE<sup>2</sup>, Bertone VH<sup>3</sup>, Arruñada FJ<sup>4</sup>, Cirigliano V<sup>5</sup>, Oloriz L<sup>6</sup>**

## RESUMEN

Se distingue en las fosas nasales la presencia de un estrecho o válvula y, de ella, se investiga específicamente su porción anterior conocida en la Especialidad de Cirugía Plástica como válvula nasal interna (VNI). Las características, disposición y relaciones de sus distintos componentes son analizados en esta presentación, puntualizando específicamente el singular comportamiento del mucoepitelio valvular con respecto a los cartílagos triangulares y cuadrangular. Se advierte sobre la posibilidad de complicaciones posoperatorias en el caso de indebido trato valvular. Se adjuntan preparados y sus correspondientes dibujos con el propósito de facilitar la comprensión de los hechos observados.

Palabras Clave: anatomía de la válvula nasal interna, ángulo mucoepitelial de la válvula nasal interna, válvula nasal interna, estenosis.

## SUMMARY

Stands out the presence of a strait or valve in the nostrils, and about it, it's specifically investigated it's anterior portion known in the field as internal nasal valve (INV). Characteristics, provision and relations of its individual components are discussed in this presentation, specifically pointing out the ubique behavior of the valvular mucosal epithelium in connection with the triangular and quadrangular cartilage. It warns out the possibility of post operative complications in case of improper valvular treatment. Attached preparations and their corresponding drawings in orden te facilitate the understanding of the observed facts.

Keywords: internal anatomy of the nasal valve, mucoepithelial angle of the internal nasal valve, internal nasal valve, stenosis.

## INTRODUCCIÓN

El preciso conocimiento de los elementos que conforman la pirámide nasal es requisito indispensable a la hora de practicar su abordaje quirúrgico, y más aún tratándose de una rinoplastia estética primaria.

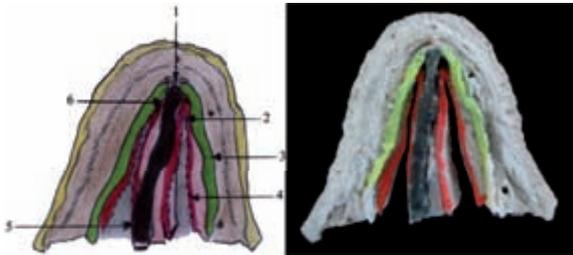
El orden que posibilita un equilibrio natural entre ellos deberá ser respetado a ultranza para que, forma y función, interactúen armoniosamente.

Esta breve comunicación adopta similar criterio, centrándose en un tema de suma trascendencia para la dinámica respiratoria: la válvula nasal.

En 1882, Zuckerkandl llamó la atención sobre una estructura angular compuesta por el borde caudal del

1. Cirujano Plástico. Director del Museo de Anatomía del Instituto de Morfología J.J. Naón.
2. Supervisor General del Equipo de Disección de la II Cátedra de Anatomía. Docente del Museo de Anatomía del Instituto de Morfología J.J. Naón.
3. Cirujano Plástico. Jefe del Equipo de Disección de la II Cátedra de Anatomía.
4. Médico Otorrinolaringólogo. Jefe de Trabajos Prácticos de la II Cátedra de Anatomía.
5. Integrante del Equipo de Disección de la II Cátedra de Anatomía. Auxiliar Docente del Museo de Anatomía del Instituto de Morfología J.J. Naón.
6. Integrante del Equipo de Disección de la II Cátedra de Anatomía. Auxiliar Docente del Museo de Anatomía del Instituto de Morfología J.J. Naón. Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires. CABA, Rep. Argentina.

Correspondencia: Dr. José D. Giacomotti | Av. Santa Fe 2029 11 A, (C1123AAC) CABA, Rep. Argentina | e-mail: jdgiacomotti@yahoo.com.ar



**Figura 1.** Dibujo y preparado de un corte coronal (vista ventral) de la VNI. 1. Punto valvular intercartilaginoso "b". 2. Ángulo mucoepitelial o profundo. 3. Segmento valvular del borde inferior del triangular. 4. Mucoepitelio. 5. Cartílago cuadrangular. 6. Ángulo cartilaginoso o superficial.

cartílago lateral superior y el cuadrangular. Ella representa el tramo más angosto de la vía respiratoria y es conocida, desde entonces, como *ostium internum*.<sup>1,2</sup>

En 1903, Mink introduce el concepto valvular para esta formación al otorgarle verdadero papel dinámico como "reguladora" del tránsito de la corriente aérea. De aquí en más será llamada válvula nasal interna (VNI).<sup>2,4</sup>

Posteriormente, en 1970, Bridger y Proctor amplían los límites del *ostium* agregándole, lateralmente, la intervención de otras estructuras: la membrana fibrosa, la cabeza del cornete inferior y la porción distal de la apertura piriformis.

El límite inferior está dado por el piso de la fosa nasal y el medial lo forma el cartílago del tabique. Queda así configurada íntegramente la válvula nasal.<sup>2,5,6</sup>

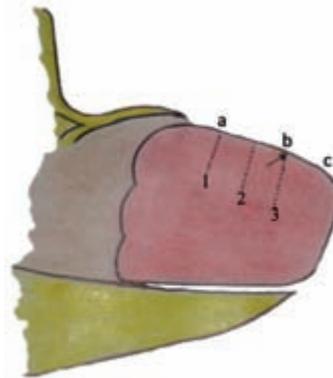
Los mismos autores sugieren además suplantarse, para el segmento anterior o VNI, el término "regulador" por el de "limitante" del flujo respiratorio.

Es función de dicha estructura transformar la columna aérea, ingresada desde el vestíbulo, en una corriente laminar y también la de aumentar su velocidad al penetrar en la fosa nasal propiamente dicha.

## MATERIAL Y MÉTODO

Coincidiendo con el trazo de una osteotomía basal y mediante el uso de una sierra apropiada, las pirámides nasales fueron aisladas completamente del macizo facial correspondiente.

Los cortes sagitales presentados incluyen al labio superior. Estas piezas anatómicas se disecaron desde la der-



**Figura 2.** En esta imagen, y para mayor claridad, se ha excluido deliberadamente la presencia del cuerpo y bordes del cartílago triangular. Se observa, entonces, la cara lateral derecha del tabique nasal con los tres sectores, a, b y c, junto a la ubicación de los cortes coronales 1, 2 y 3. a: área supraválvular donde se practicarán cortes coronales 1 y 2. b: área valvular con 3, el otro corte coronal. c: área infraválvular o vestibular.

moepidermis hasta el plano osteocartilaginoso usando técnica e instrumental habitual.

Los cortes coronales conservan las partes blandas mostrando, todos ellos, su cara ventral.

El número de disecciones practicadas, en individuos adultos de ambos sexos y raza blanca, abarca la cantidad de 50 casos.

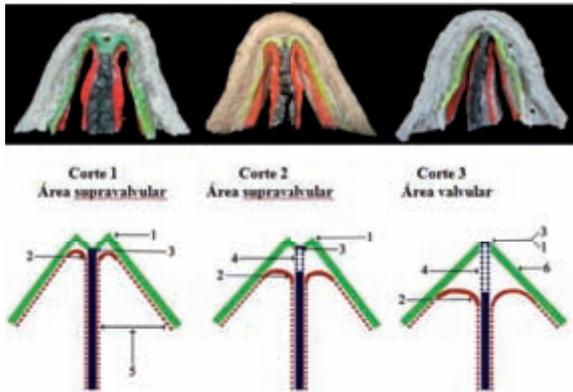
El material utilizado fue fijado en formol al 10%.

Se procedió a colorear distintos componentes a fin de facilitar su comprensión y con el mismo fin se han dibujado los preparados. Las fotos fueron tomadas con una cámara digital Sony Cyber-Shot DSC-W530 14.1 megapíxeles.

## RESULTADOS

La literatura consultada describe, en el conducto nasal, la presencia de un estrecho sector o válvula que, con forma de hendidura, separa a derecha e izquierda dos compartimentos: 1. El vestíbulo y 2. La fosa propiamente dicha.

De esta zona valvular se examinará solamente su porción anterior conocida como válvula nasal interna (VNI) la que, con una dirección oblicua en sentido ventrocaudal y con una superficie entre los 55 a 60 mm<sup>2</sup> cumple, por un lado, importante papel como reguladora (o limitante) del paso de la corriente aérea y, por otro, pasa a ser territorio íntimamente relacionado con la extirpación de la giba osteocartilaginosa en las cirugías de la pirámide nasal.



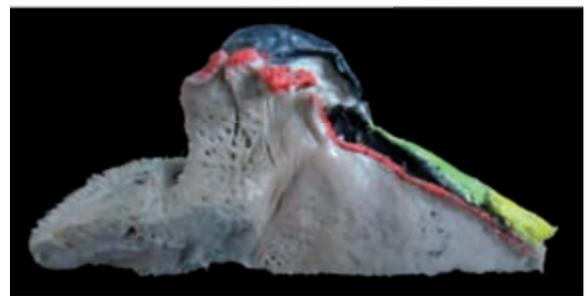
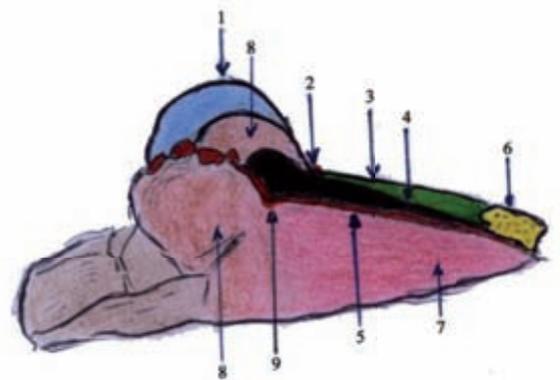
**Figura 3.** Cortes coronales (vista ventral) y sus esquemas. 1. Borde anterior del triangular (en corte 3, vértice). 2. Línea de reflexión mucoepitelial sobre el cuadrangular (en 3 ángulo mucoepitelial). 3. Borde anterior del cuadrangular (en corte 3, punto valvular "b"). 4. Zona desepitelizada en el cuadrangular. 5. Límite inferior (base virtual o imaginaria) de la VNI. 6. Segmento valvular del borde inferior del cartílago triangular.

En su constitución (**Figuras 1 a 3**) se observan un techo o ángulo; dos lados tapizados por mucosa (tejido de volumen variable):<sup>2</sup> uno, interno o fijo (cuadrangular) y otro externo o móvil, constituido exclusivamente por una parte del borde inferior o caudal del cartílago lateral superior (triangular). Una línea, virtual o imaginaria que una la mayor distancia entre los lados será considerada en este estudio como la respectiva base.

Examinado desde el vestíbulo, el borde móvil se presenta por dentro del correspondiente a la rama externa del cartílago alar (lateral inferior). El espacio entre ambos está cubierto por mucosa de transición formándose así una alargada banda o pliegue, de aproximadamente 2 mm de ancho (*plica nasi*) en cuya cara superficial se apoyan los sesamoideos.

Ciertas técnicas utilizan dicha franja como de elección para la incisión entre el cartílago lateral superior y el inferior.

En la zona del dorso nasal los dos lados, al contactar entre sí, producen un ángulo de 10° a 15° de amplitud (ángulo o techo valvular cartilaginoso). Asimismo, el ancho entre ambos lados y el alto experimentarán en este sector múltiples variaciones según los individuos. Superficialmente, el músculo transverso (factor dinámico) dispone a su borde caudal en plena coincidencia con el del triangular mientras que el cefálico de la rama externa alar toma estrecha relación de contigüidad con el músculo. Asimismo, ambos bordes cartilagosos aparecen, en forma casi habitual, más o menos superpuestos, pero el del alar se muestra siempre colocado por fuera del borde del triangular.



**Figura 4.** Dibujo y preparado de la cara lateral izquierda del septum. 1. Cartílago alar derecho. 2. Punto valvular "b", o intercartilaginoso, del borde septal. 3. Dirección del borde anterior del cartílago triangular derecho (en verde). 4. Borde anterior del cartílago cuadrangular (en negro). 5. Dirección cefalocaudal de la reflexión mucoepitelial (seccionada) en la cara izquierda del cuadrangular. 6. Hueso propio derecho. 7. Mucosa de la fosa nasal izquierda. 8. Piel en ambos lados del vestíbulo nasal. 9. Punto valvular mucoepitelial opuesto a "b"

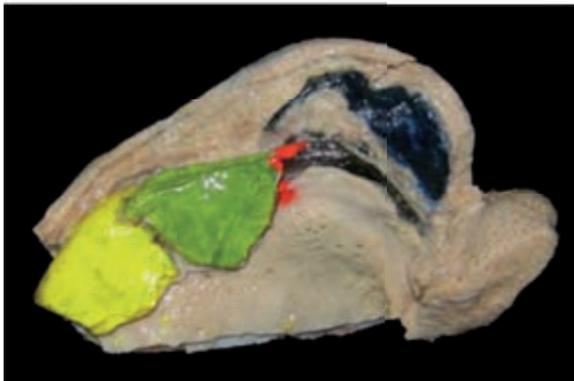
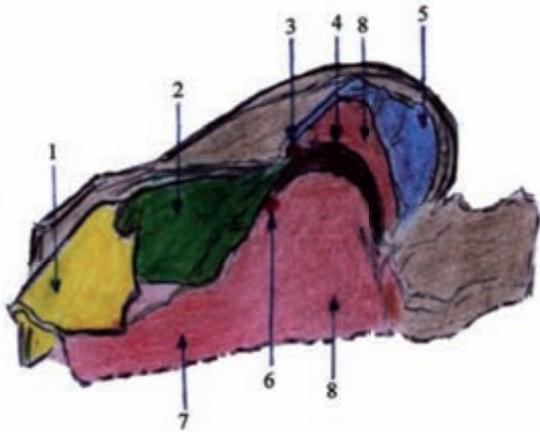
Hasta aquí una escueta síntesis de lo hallado en la bibliografía.

En esta exposición deseamos agregar, entre otros, ciertos detalles de la VNI a tener en cuenta al ejecutarse técnicas de rinoplastia no extramucosas:

Con respecto a la descripción de la VNI solo debe incluirse en ella al segmento del borde caudal del cartílago triangular que establece íntimo contacto con el cefálico de la rama externa alar.

Un corte coronal, que involucre al borde anterior del cuadrangular y al vértice de los dos triangulares, mostrará a estos tres elementos ubicados en un mismo nivel pero separados entre sí, disposición que constituye el punto valvular intercartilaginoso "b" en dicho borde (**Figuras 1 a 3**).

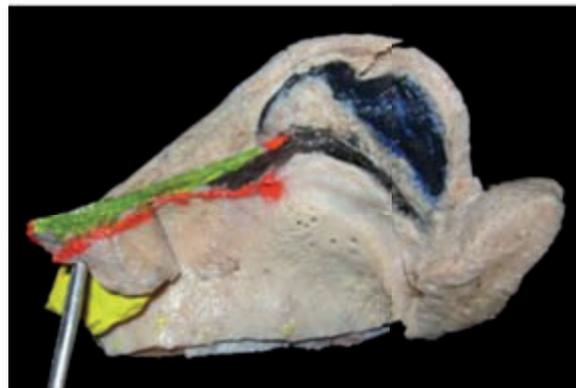
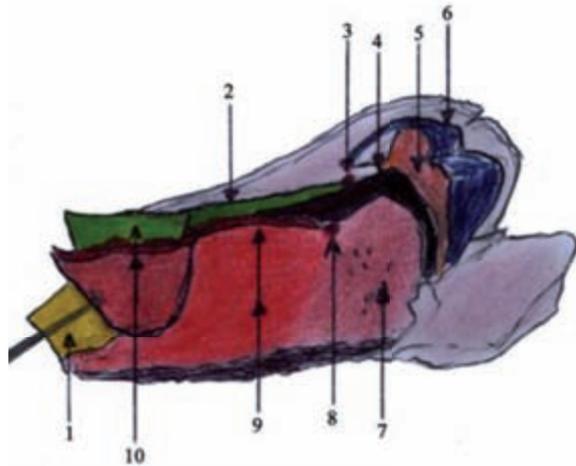
Este particular comportamiento (salvo traumatismo previo) se repite sin excepción alguna, en todos los casos, con prescindencia del tipo de dorso nasal. El mismo corte permite también apreciar, bilateralmente, la existencia de un ángulo superficial o cartilaginoso y otro profundo o mucoepitelial.



**Figura 5.** Dibujo y preparado, en vista lateral derecha, antes de la eversión del cartílago triangular. 1. Hueso propio derecho. 2. Cartílago triangular derecho. 3. Punto valvular "b". 4. Cartílago cuadrangular formando parte del septo vestibular. 5. Rama interna del cartílago alar izquierdo. 6. Punto valvular mucoepitelial opuesto a "b". 7. Mucosa del septum nasal. 8. Piel del tabique vestibular. (En el lado derecho está parcialmente reseca).

La distancia entre cada uno de ellos respecto a una base imaginaria (trazada desde el extremo externo de la válvula hasta el cuadrangular, **Figura 3, corte 1**) constituye la altura valvular correspondiente, que será mayor cuando se la mida desde el primero que cuando se lo haga desde el segundo. Esta última medida presenta fundamental importancia por lo que, a nuestro juicio, debe ser escrupulosamente preservada.<sup>7</sup>

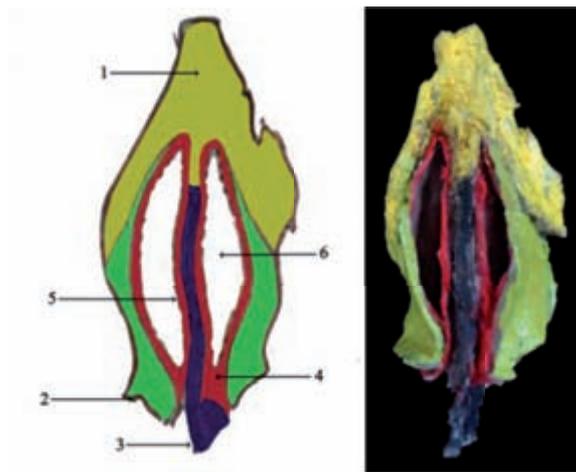
Se resalta, entonces, el hecho de que la participación o presencia de la capa epitelial que recubre la cúpula cartilaginosa de la VNI es un elemento a tener en cuenta dado el rol que desempeña en el proceso de *restitutio ad integrum*. La indebida interrupción de su continuidad hará que los nuevos márgenes se unan posteriormente en forma perfecta pero a costa de una mayor o menor disminución de la primitiva altura (medida desde el ángulo mucoepitelial hasta la base virtual o imaginaria) alterando, así, el futuro caudal de flujo respiratorio (grados variables de estenosis).



**Figura 6.** Dibujo y preparado mostrando la eversión del cartílago triangular. 1. Hueso propio derecho. 2. Cartílago triangular derecho con su borde anterior seccionado. 3. Punto valvular "b". 4. Cartílago cuadrangular formando parte del septo vestibular. 5. Piel del septum vestibular. 6. Rodilla del cartílago alar izquierdo. 7. Piel del septum vestibular parcialmente reseca (lado derecho). 8. Punto valvular mucoepitelial opuesto a "b". 9. Fosa nasal derecha. Corte de la reflexión mucoepitelial sobre el cuadrangular y el sentido de su resultante. 10. Cartílago triangular derecho, su cara interna y dirección de la línea de reflexión mucoepitelial.

A continuación y con el propósito de facilitar la interpretación del comportamiento de los componentes cartilagosos y del mucoepitelio que los recubre se divide a los cartílagos en tres zonas: a) área supraválvular; b) área valvular y c) área infraválvular o vestibular. Acto seguido se practican dos cortes coronales en "a" y uno en "b" (zona del punto valvular "b" o reunión de los dos ángulos cartilagosos) (**Figura 2**).

Explorando ahora el recorrido del epitelio mucoso hacia el cartílago septal, tanto desde el cuerpo (**Figura 3, cortes 1-2**) como desde el borde caudal de los triangulares (**corte 3 o valvular**), se aprecia que: en "1" se refleja, según los casos, un poco por delante de su borde anterior; en "2" lo hace ya más o menos detrás del mismo y en "3" culmina con la máxima diferencia respecto del borde, lo que significa encontrar aquí una zona



**Figura 7.** Dibujo y preparado mostrando la apariencia de los componentes del dorso nasal luego de una extirpación apropiada de la giba osteocartilaginosa. Vista previa a la formación del futuro dorso nasal. 1. Huesos propios. 2. Triangular derecho con bordes inferior y anterior modificados en longitud y altura. 3. Cartilago cuadrangular en el sector vestibular. 4. Ángulo mucoepitelial izquierdo íntegramente conservado. 5. Cartilago cuadrangular y su mucoepitelio seccionados. 6. Fosa nasal izquierda con el área supraválvular.

específica, comprendida entre los ángulos cartilaginoso y mucoepitelial, que muestra la mayor cobertura por parte de la capa conectiva mucosa o, en otros términos, la mayor desepitelización.

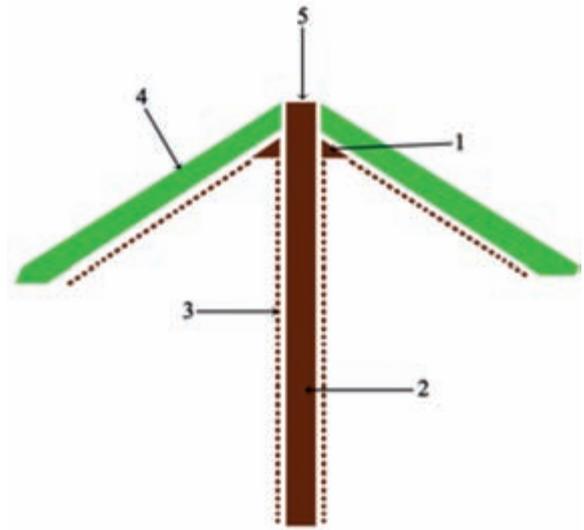
(Conviene precisar que, con un fin didáctico, el comportamiento real de los componentes ha sido parcialmente modificado en los esquemas).

Lo expresado también puede ampliarse por medio de cortes sagitales. Ellos mostrarán que:

En el sitio de contacto con el vértice del hueso propio el borde anterior del cartilago triangular se encuentra separado, por unos milímetros, del borde anterior del cuadrangular (**Figura 4**).

Esta diferencia de altura va disminuyendo distalmente en forma paulatina hasta desaparecer por completo en el vértice del triangular pues ahí los dos bordes se encuentran a un mismo nivel constituyendo, junto al triangular contralateral, el punto valvular intercartilaginoso "b" (**Figuras 4 a 6**).

Al contrario, la trayectoria de la línea que marca la reflexión mucoepitelial desde el triangular hacia la cara septal correspondiente presenta una dirección opuesta pues, a partir de su relación con el hueso propio, va alejándose gradualmente del borde septal anterior hasta llegar al borde caudal del cartilago lateral superior donde establece la máxima diferencia con respecto a "b" constituyendo, aquí, el punto o ángulo valvular mucoepitelial (**Figuras 4 a 6**).



**Figura 8.** Imagen ventral y esquemática de lo que, en el neodorso nasal, han de presentar los componentes de la VNI a partir de una conveniente extirpación de la giba osteocartilaginosa. 1. Ángulo mucoepitelial de la VNI íntegramente conservado. 2. Cartilago cuadrangular acotado en altura. 3. Capa epitelial. 4. Cartilago triangular derecho con su segmento valvular abreviado en altura. 5. Nueva posición del punto intercartilaginoso "b".

Por último, si desde el vértice óseo y luego desde el ángulo mucoepitelial se miden las distancias entre esta línea y el piso de la fosa nasal se verá que, al comparárlas, la primera es mayor que la segunda (**Figuras 4 a 6**).

La separación entre estas dos formaciones angulares fluctúa de 2 a 4 mm aproximadamente, lo que posibilita que el cirujano, con el uso de una técnica adecuada, pueda aprovechar dicha disposición para reducir la giba osteocartilaginosa (resección de huesos, triangulares y cuadrangular) sin alterar en absoluto la dimensión de la altura de la superficie ventilatoria valvular a la que preferentemente nos hemos referido en esta comunicación, es decir, la originada por la capa epitelial de la mucosa.

Dicho en otros términos, en la técnica quirúrgica utilizada se ha de excluir la maniobra de separar en totalidad al mucoepitelio de los triangulares del correspondiente al del cartilago cuadrangular dado que ello puede dificultar posteriormente la reconstitución de las características del ángulo mucoepitelial original (**Figuras 7 y 8**).

De acuerdo con el esquema, surge la idea de que a expensas de la resección de la giba osteocartilaginosa se habrá conseguido un punto valvular intercartilaginoso "b" más cercano a los ángulos mucoepiteliales, esto es, la disminución en altura del dorso nasal primitivo. Si fuera necesario realizar una ablación en los cartíla-

gos, de tal magnitud que involucrara también a los ángulos mucoepiteliales, se decolará previamente a estos para que, una vez finalizada la maniobra de reducción deseada, se los pueda reubicar manteniendo intactos su diámetro y posición original.

La necesaria extirpación de la reflexión mucoepitelial en el área supraválvular (**Figura 7**) no ocasionará perjuicio alguno para el flujo de la corriente aérea que ingrese desde el vestíbulo dada la particular anatomía de dicha zona (**Figuras 4 a 6**).

## DISCUSIÓN

Una pirámide nasal en la que, *a priori*, exista una función respiratoria normal puede no estar acompañada por una configuración armoniosa de sus componentes.<sup>8,9</sup> Es obvio que tal situación pueda llegar, entonces, a requerir una rinoplastia estética correctiva la que, al mismo tiempo, no debe producir alteraciones significativas en la permeabilidad de algún sector de las cavidades a fin de no modificar el flujo de la corriente aé-

rea. Entre las secuelas quirúrgicas asociadas con esta situación se encuentran los diversos grados de colapso y/o estenosis de la VNI.

La solución de estos problemas supone recurrir a reoperaciones que conlleven un menor o mayor grado de complejidad, ya sea usando injertos expansores o colgajos mucoepiteliales.<sup>10</sup>

El preciso conocimiento de la anatomía, sumado a la utilización de una técnica operatoria adecuada, serán las herramientas que el cirujano tendrá a su alcance para la obtención de resultados satisfactorios.

## CONCLUSIÓN

Teniendo en cuenta la existencia de una función respiratoria normal, y con el objetivo de preservarla al momento de practicar una rinoplastia estética, se analizan aquí minuciosamente las estructuras que componen la VNI como aporte para que el trato apropiado de ellas, quirúrgicamente hablando, evite incurrir en errores que perjudiquen dicha función por estenosis.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Huizing BH, Groot JAM. *Functional Reconstructive Nasal Surgery*. Thieme. 2003. p. 15. ISBN (Américas): 9781588900814. ISBN (EUR, Asia, Africa, AUS): 9783131294
2. Armengot M, Pérez A, Izquierdo J, Campos A, Basterra J. Tratamiento quirúrgico de la disfunción de la válvula nasal mediante la transposición del cartílago triangular. *Acta Otorrinolaringol Esp* 2001;52:373-378.
3. Naser GA, Tabilo CP, Bravo CG, Carrasco DMI. Puesta al día en manejo de la obstrucción nasal por colapso valvular. *Rev Otorrinolaringol Cir Cabeza Cuello* [online]. 2009, vol.69, n.3 [citado 2012-03-06], pp. 281-286. Disponible en: <[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S071848162009000300012&lng=es&nr=m=iso](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071848162009000300012&lng=es&nr=m=iso)>. ISSN 0718-4816. doi: 10.4067/S0718-48162009000300012.
4. Martyn G. Alar expansion and reinforcement. *Arch Facial Plast Surg* 2006;8:293-299.
5. Bridger G. Physiology of the nasal valve. *Arch Otolaryngol* 1970;92:543-553.
6. Bridger G, Proctor DB. Maximum nasal inspiratory flow and nasal resistance. *Ana Otol* 1970;79:481-488.
7. Giacomotti JD. *Atlas anatoquirúrgico nasal. Fundamentos anatómicos para la rinoplastia*. Buenos Aires: Librería Akadia Editorial; 2003, págs. 24-26. ISBN 950-9020-89-3.
8. Deluca R. *Rinología. Cirugía funcional de la nariz*. 1º edición. Buenos Aires: Editorial El Ateneo; 1989.
9. Deluca R. *Rinología. Cirugía funcional de la nariz*. 2º edición. Buenos Aires: Editorial Akadia; 2011.
10. Goldenberg S. Cirugía de la válvula nasal interna. Reemplazo alar total. *Revista de la Federación Argentina de Sociedades de Otorrinolaringología* 2002;9(1):15-19.

# PRIMEROS 10 AÑOS DE LA REVISTA DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE CIRUGÍA PLÁSTICA, ESTÉTICA Y REPARADORA (1953-1964)

Ricardo J. Losardo<sup>1</sup>, Eduardo J. Conde-Orellana<sup>2</sup>

---

## RESUMEN

Se detalla la historia de los primeros 10 años de la Revista de la Sociedad Argentina de Cirugía Plástica, incluyendo sus distintas denominaciones, editores y contenido.

Palabras claves: revista, historia, Cirugía Plástica, Argentina.

## SUMMARY

We describe the history of the first ten years of the Journal of the Argentine Society of Plastic Surgery: denomination, chief editors and contents.

Key words: journal, history, Plastic Surgery, Argentina.

---

## INTRODUCCIÓN

El 24 de marzo de 1952 se fundó la Sociedad Argentina de Cirugía Plástica con sede en la Asociación Médica Argentina (AMA). La Comisión Directiva provisoria de esta emergente Sociedad estaba integrada por 14 miembros y un cuerpo societario de 56 médicos en total. La primera reunión científica se realizó el 17 de julio de 1952.

## PRIMEROS 10 AÑOS

Un año más tarde, en 1953, bajo la primera presidencia de la Sociedad, a cargo del Dr. Ernesto Malbec y del Director de Publicaciones de esta Comisión Directiva,

- 
1. Director del Curso Superior de Especialización de Cirugía Plástica (SACPER - AMA); Expresidente de la Sociedad de Cirugía Plástica de Buenos Aires (SCPBA); Facultad de Medicina, Universidad del Salvador (USAL). CABA.
  2. Facultad de Medicina, Universidad del Salvador (USAL). CABA, Rep. Argentina.

Correspondencia: Ricardo Jorge Losardo, Lavalle 1844, (1051) CABA | Tel/ Fax: 4372-4204 | email: ricardo.losardo@salvador.edu.ar

el Dr. Miguel Correa Iturraspe, salió publicado por primera vez el medio de comunicación escrito de la Sociedad que llegaría a todos sus miembros, con el nombre de *Revista de la Sociedad Argentina de Cirugía Plástica* (**Figura 1**). El fin de esta publicación era comunicar a todos sus asociados los trabajos presentados en las distintas reuniones científicas realizadas en 1952 y 1953, en forma de resumen, para dar a conocer los avances de la especialidad llevados a cabo en los distintos hospitales del país.

La segunda publicación de la Sociedad se realizó en 1956, durante la presidencia del Dr. Julián Fernández y del Dr. José Spera como Director de Publicaciones. Tuvo la característica de una alta calidad de impresión para esa época.

Transcurrieron varios años desde la segunda publicación, hasta que en 1960 se inició el *Boletín de Cirugía Plástica* (**Figura 2**). Este logro fue llevado a cabo durante la presidencia del Dr. Jorge Santa Marina Iraola y bajo la dirección de publicaciones del Dr. Héctor La Ruffa. Este boletín siguió siendo el órgano oficial de la Sociedad. El propósito de este era dar a conocer la labor científica desarrollada por los cirujanos plásticos

integrantes de la Sociedad tanto en el país como en el extranjero. A diferencia de las dos publicaciones anteriores, en este se transcribían los trabajos completos presentados en las sesiones científicas así como la discusión que surgía de ellos. Durante este primer año, se publicaron cuatro números: mayo-junio, julio-agosto, septiembre-octubre y noviembre-diciembre.

Al año siguiente, 1961, durante la presidencia del Dr. Fortunato Benaim y la dirección de publicaciones societarias del Dr. Luis Albanese, este boletín pasó a llamarse *Boletín de la Sociedad Argentina de Cirugía Plástica*. El boletín se publicó nuevamente en 1964, estando en funciones el Dr. Luis Monti como Presidente de la Sociedad y el Dr. Alexis Perissé como Director de Publicaciones.

Debemos mencionar que el profesional designado para editar la revista de la Sociedad durante estos primeros 10 años de existencia era el Director de Publicaciones de la Comisión Directiva de turno, la cual cambiaba anualmente.

Dentro de los temas que ocupaban a los profesionales de aquella época que se incluyeron en estas publicaciones se encontraban:



**Figura 1.** Facsímil de la tapa del primer número de la *Revista de la Sociedad Argentina de Cirugía Plástica*.



**Figura 2.** Facsímil de la tapa del primer número *Boletín de Cirugía Plástica*, Órgano Oficial de la Sociedad Argentina de Cirugía Plástica.

<b>Revista de la Sociedad Argentina de Cirugía Plástica, 1953</b>	
Título	1er Autor
Pérdida de sustancia del paladar duro, reparación con tubo de piel.	Marino H.
El colgajo frontal mediano en la rinoplastia.	Zwanck T.
Avulsión del extensor en la tercera falange.	Davis J.
Parálisis facial.	Niklison J.
Craneoplastia con hueso iliaco.	Zwanck T.
Caso de reconstrucción de atresia auricular y microtia.	Davis J.
Radiodermatitis grave del dorso de la mano. Colgajos cutáneos, capsulotomías, injertos tendinosos.	Viñas J.
Grandes pérdidas de tegumentos perianales. Reparación plástica.	Marino H.
Nuestra experiencia con las resinas sintéticas.	Malbec E.
Un centro británico de cirugía plástica, el Queen Victoria.	Malbec E.
Mamectomía bilateral con injerto areolo mamelonar libre.	Toullard J.
Tratamiento quirúrgico del scalp.	Malbec E.
Elefantiasis unilateral de cara con atresia de los músculos contralaterales.	Dalla Villa J.
Tratamiento quirúrgico de la hipertricosis de la cara.	Sananes J.
El colgajo tubular del codo para la reparación de los puntos de apoyo: talones, planta del pie, nudillos y el otro codo.	Sananes J.
Algunos errores cometidos en las rinoplastias.	Malbec E.
Casos de aplicación no frecuente del colgajo tubular.	Dallas Villa J.
Plástica para el tratamiento del hipospadias recidivado.	Benaim F.
Postoperatorio en las rinoplastias.	Malbec E.
Resección extensa de la pared torácica. Reparación plástica.	Marino H.
Arrugas inter-ciliares.	Koehlin H.
Pérdidas de sustancia de pared bucal, faríngea, etc. Reparación con colgajo con islote cutáneo.	Marino H.
La obesidad glútea y su tratamiento quirúrgico.	Correa Iturraspe M.
Fijación de los injertos óseos en el maxilar por el alambre intra medular.	Albertengo A.
Cirugía plástica en secuelas de quemaduras de cuero cabelludo. Presentación de casos.	Benaim F.
Pérdidas de sustancia traumáticas de la mano.	Oghi A.
Esofagoplastias.	Merino H.
Corrección plástica de las mamas hipertróficas.	Otermin Aguirre J.
Observaciones clínicas en 100 quemados.	Dalla Villa J.
Elefantiasis genital masculina. Tratamiento quirúrgico.	Albertengo A.
Tratamiento plástico de las marcas o cicatrices de viruela y acné, tatuajes y otros procedimientos inestéticos de la piel.	Palacio Posse R.
Glande cruento. Transplante libre de mucosa.	Barletta L.
Intervención en la región parotídea con conservación del facial.	Spera J.
Contribución al tratamiento quirúrgico de las deformaciones de la punta nasal.	Santa Marina Iraola J.
Hemangioma cavernoso del frontal.	Zwanck T.
Fisiopatología del gran quemado.	Benaim F.
Dermolipectomía braquial.	Correa Iturraspe M.
Nariz en silla de montar. Nueva técnica.	Malbec E.

<b>Boletín de Cirugía Plástica, Año 1 – No. 1, 1960</b>	
Título	1er Autor
Histogénesis del queloide.	Mancini R.
Correlación clínico histológica entre la cicatrización normal e hipertrófica.	Malbec E.
Efectos de las hormonas glucocorticoides sobre la cicatrización normal y queloides.	Malbec E.
Aspecto actual de los homoinjertos.	Marino H.
Reparación plástica de traumatismos de los dedos de la mano.	Appiani E.
Problemas plásticos de los miembros inferiores.	O'Connor C.
Heterotopía neuróglia del cavum nasofaríngeo.	Franchini Y.
Plástica de labio inferior por cáncer.	La Ruffa H.
Problemas anestésicos en cirugía plástica infantil.	Molina F.
Labio leporino, técnica personal.	Niklison J.

<b>Boletín de Cirugía Plástica, Año 1 – No. 2, 1960</b>	
Título	1er Autor
Índice de operabilidad en quemados.	Arufe H.
Vacunoterapia en melanomas.	Fairman J.
Tipificación del material para curación de quemados.	Benaim F.
Amputación del pulgar.	O'Connor C.
El nylon de pesca como hilo de sutura.	Sangalli E.

<b>Boletín de Cirugía Plástica, Año 1 – No. 3, 1960</b>	
Título	1er Autor
Corrección quirúrgica de la progenia.	Hogeman K. (Suecia)
Corrección ósea nasal por vía oral.	Dueñas A. (México)
Reconstrucción por agenesia vaginal.	Castañares S. (EEUU)
Tumores de los maxilares.	Goldemberg B. (Colombia)
Elefantiasis de miembros inferiores, escroto y pene.	Rodriguez A. (Venezuela)
Estrechez del introito vaginal post vulvectomy.	Oghi A.
Zetaplastia. Cálculo previo de alargamiento.	Niklison J.

<b>Boletín de Cirugía Plástica, Año 1 – No. 4, 1960</b>	
Título	1er Autor
Tratamiento quirúrgico del cuello alado.	Correa Iturraspe M.
Angiomas cavernosos en genitales femeninos.	Ledo B.
Tratamiento de las úlceras del talón.	Zwanck T.
Tórax infundibuliforme.	Satup M.

<b>Boletín de la Sociedad Argentina de Cirugía Plástica, Año 2 – No. 1, 1961</b>	
Título	1er Autor
Tratamiento quirúrgico de algunas queratosis dolorosas.	Segers A.
Fósforo radioactivo en angiomas cutáneos.	Guerrieri C.
Técnica personal para realizar un nuevo ombligo.	Fernández J.
Ausencia congénita de vagina.	O'Connor C.
El hipospádico.	Monti L.

<b>Boletín de la Sociedad Argentina de Cirugía Plástica, Año 2 – No. 2, 1961</b>	
Título	1er Autor
Exploración funcional del sistema vascular de los miembros inferiores.	Feuse G.
Tratamiento de los linfedemas.	O'Connor C.
Tratamiento de la úlcera crónica de la pierna de origen vascular.	Fairman J.
Osteomielitis y fracturas expuestas de los miembros inferiores.	Brenner E.
Cirugía plástica y reparadora en las osteomielitis crónicas y fracturas expuestas.	Segers A.

<b>Boletín de la Sociedad Argentina de Cirugía Plástica, Año 5 – No. 1, 1964</b>	
Título	1er Autor
Meloplastia. Una modificación a la incisión clásica.	Oghi A.
El injerto compuesto en la reconstrucción del ala nasal.	La Ruffa H.
Reconstrucción región digito-tenariana.	Spera J.

<b>Boletín de la Sociedad Argentina de Cirugía Plástica, Año 5 – No. 2, 1964</b>	
Título	1er Autor
Hipospadias balánico y peneano yuxta-balánico, uretroplastia.	Marino E.
Nuestras técnicas para extracción del plantar delgado y cresta iliaca.	Davis J.
Mentoplastias de aumento sin inclusión ni injerto de Esperne.	Viñas J.

## DISCUSIÓN

Con el crecimiento progresivo del número de cirujanos plásticos en el país surgió la necesidad de crear una entidad que rigiera y permitiera la organización de los profesionales. Así fue como en el año 1952, gracias a la insistencia del Dr. Héctor Marino, se fundó la Sociedad Argentina de Cirugía Plástica. Uno de los principales objetivos de la sociedad era mantener comunicados e informados a

todos sus miembros; por lo que surgió la necesidad de crear una revista que permitiera dar a conocer los distintos avances que se estaban realizando en las instituciones asistenciales. Es así como en 1953 salió el primer ejemplar de la *Revista de la Sociedad Argentina de Cirugía Plástica* editada por el Dr. Miguel Correa Iturraspe. En ella se plasmaron en forma de resumen todos los trabajos presentados en las sesiones científicas correspondientes a los años de 1952 y 1953. Este mismo formato de

publicación se repitió en el año 1956, ahora bajo la dirección de publicaciones del Dr. José Spera.

En 1960, se reinició la publicación de la revista de la Sociedad y pasó a llamarse *Boletín de Cirugía Plástica*, esta incluyó los trabajos presentados en las sesiones científicas en forma completa. De esta manera se continuaba con la finalidad de cumplir con el objetivo de mantener informados a sus consocios y además se daban a conocer los eventos próximos a realizarse tanto en el territorio nacional como en el extranjero, para así poder ser partícipe de ellos.

A partir de 1961 y hasta 1964, las comitivas que presidieron la dirección de la SACPER con el respaldo de sus miembros, determinaron designar un tema central de investigación por año, pudiendo así profundizar y difundir los conocimientos en un tema específico de la especialidad. Esto no significaba que no se pudiera realizar investigaciones en otros campos de la Cirugía Plástica. El tema central para 1961, fue: "Cirugía Plástica y Reparadora de los Miembros Inferiores" y para 1964, fue "Tumores Cutáneos".

Al hacer un análisis de los temas que interesaban a los cirujanos plásticos de aquella época, podemos

concluir que la Cirugía Reconstructiva era una prioridad, ya que del total de los 80 trabajos detallados en los recuadros, que correspondían a lo actuado en las sesiones científicas de la Sociedad, el 83,75% (67 trabajos) correspondían a aquella y el 17,25% (13) correspondían a Cirugía Estética. Dentro de los trabajos de Cirugía Reconstructiva, el 37,3% (25) correspondía a Miembros, el 17,9% (12) a Oncología, el 14,9% (10) a Maxilofacial, el 14,9% (10) a Pediatría, el 13,4% (9) a Quemados y el 1,5% (1) a otros.

#### **Nota aclaratoria**

Como autores de este artículo, queremos hacer saber a los lectores que todos los datos presentados están basados en el material bibliográfico encontrado, pero que existe la posibilidad que hayan más números de la revista de la Sociedad que no se consultaron por no tener acceso a ellos.

#### **Agradecimientos**

A la Señora Marcela López de Galloso, encargada de Biblioteca de la Asociación Médica Argentina (AMA), por la provisión de las Revistas.

---

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. *Revista de la Sociedad Argentina de Cirugía Plástica*; 1953: vol. único.
2. *Boletín de Cirugía Plástica*; 1960: vol. 1, No. 1, 2, 3, 4.
3. *Boletín de la Sociedad Argentina de Cirugía Plástica*; 1961: vol. 2, No. 1, 2, 1964: vol. 5, No. 1, 2.
4. *Revista Argentina de Cirugía Plástica*; 2005: vol. 11, 2007: vol. 13.

# DOCE AÑOS DE LA CREACIÓN DEL CENTRO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA NACIONAL PARA EL TRATAMIENTO DE NIÑOS CON FISURA NASOALVEOLOPALATINA Y MALFORMACIONES ASOCIADAS

*Martha O. Mogliani*

---

Creo que estas IX Jornadas son un buen momento para reflexionar sobre todo lo actuado, y lo que hicimos y logramos, desde aquel lejano año 2001 en que se resolvió por asamblea de la SACPER crear el Centro de Referencia y Contrarreferencia Nacional para el Tratamiento del Niño con Fisura Labioalvéolopalatinas y Malformaciones Asociadas. En ese momento, en nuestro país y en toda América Latina, concurrían médicos extranjeros, patrocinados por entidades de bien público internacionales, para operar a niños con estas malformaciones. Venían provistos de equipos quirúrgicos completos, medicamentos, etc. El grave problema resultaba que esos pacientes eran abandonados después de ser operados y quedaban para su control en manos inexpertas para estos posoperatorios. Muchas veces estos niños sufrían complicaciones que no eran resueltas, quedando con graves secuelas. Los cirujanos actuantes no podían controlar los posoperatorios, dado que las incursiones duraban 4 o como máximo 5 días. Es decir, eran *rallies* o safaris quirúrgicos.

La iniciativa que tomó nuestra Sociedad fue prontamente imitada por otras Sociedades de Cirugía Plástica de la región que sufrían el mismo problema de intrusismo. Así, con mucho esfuerzo, se fue logrando desalojar este sistema que, en general, contaba con be-

neplásito político dado que a los lugares donde concurrían no se necesitaba hacer ningún gasto porque todo lo traían, no importaban los tratamientos interdisciplinarios ni los resultados.

Recordemos lo difíciles que fueron esos años 2001-2002 en nuestro país, con la grave crisis económica vivida, a la que no fue ajena nuestra Sociedad ni tampoco todos nosotros. Los integrantes del grupo inicial que nos pusimos a trabajar fuimos: las Dras. Susana Ruiz, María Nagahama, Paulina Iwanyk, Martha Mogliani, los Dres. Rodolfo Rojas, Carlos Perroni, la odontóloga Lidia Pinola y la fonoaudióloga Silvia Juri.

Para ese entonces, el grupo que pertenecía al Hospital Sor María Ludovica de La Plata ya trabajaba con un equipo interdisciplinario organizado. Modelo que nos propusimos imitar en las campañas quirúrgicas que planeábamos realizar en el interior de nuestro país.

Nos pusimos en contacto con nuestros colegas cirujanos plásticos de las regionales, que conocían el tema, para que prepararan a los pacientes y también reunieran a los anestesiastas, odontólogos, fonoaudiólogos, asistentes sociales, pediatras, enfermeras, etc., para hacer la diferencia, pues lo que queríamos era asesorar para formar equipos interdisciplinarios. No queríamos repetir la historia: operar e irnos. No era ese el objetivo nuestro.

¿Qué les puedo contar de la preparación de nuestras primeras campañas? Los hospitales adónde íbamos a concurrir en el interior del país, como es habitual, tenían magníficos seres humanos trabajando pero los insumos eran nulos o escasos. Nos pusimos a resolver este problema. Cada uno de nosotros recurrió a sus lugares de trabajo para abastecernos de campos descartables con los que hacíamos paquetes quirúrgicos que se reesterilizaban; se pidió ayuda a la Asociación de Anestesiología, que nos proveyó de las drogas anestésicas; a los laboratorios, para los antibióticos y analgésicos pediátricos; las suturas las donaron proveedores amigos; el instrumental quirúrgico eran nuestras cajas de cirugía, etc. etc.

Pero... siempre hay un pero... todo este material había que subirlo a un avión. Tema difícil si los hay. Por medio de relaciones, averiguando, fuimos llegando a quien nos facilitaría los embarques, que era el Jefe de Rampas y Seguridad Aeroportuaria de Aeroparque, quien desde nuestra primera campaña nos hacía los embarques y avisaba a destino y así no teníamos ningún problema con los materiales que llevábamos. Esto relatado así parece fácil. Les aseguro que no lo fue. Muchas horas fueron dedicadas a la organización y a

conseguir los insumos. En varias oportunidades, cuando los laboratorios no contestaban, nos desalentábamos bastante, pero el entusiasmo pudo más, así que en el año 2002 comenzamos nuestras campañas quirúrgicas en Resistencia, Chaco, en el Hospital Pediátrico, donde nos recibieron los Dres. Jorge Ferreira y Dante Macedo. Ellos ya realizaban correcciones a esta patología en su provincia.

También en ese año se llegó a Santiago de Estero, y después a muchos lugares más.

Campañas realizadas por el Centro de Referencia y Contrarreferencia Nacional para el tratamiento de niños con fisuras labio alvéolo palatinas y malformaciones asociadas (CEREFAP). Sociedad Argentina de Cirugía Plástica, Estética y Reparadora (SACPER).	
Campaña Chaco (2002) Niños operados: 9. Pendientes de operación: 15	Cirujanos Plásticos: Dra. Susana Ruiz, Dra. María Nagahama, Dra. Martha Mogliani, Dra. Pilar Sánchez, Dr. Dante Macedo, Dr. Jorge Ferreira. <b>Anestesiasta:</b> Dra. María Almiral. <b>Odontóloga:</b> Dra. Susana Castro. <b>Fonoaudióloga:</b> Lic. Claudia Simón.
Campaña a Santiago del Estero I (2002) Niños operados: 19. Pendientes de operación: 20	Cirujanos Plásticos: Dr. Rodolfo Rojas, Dra. Paulina Iwanyk, Dr. Carlos Perroni, Dr. Ernesto Traine, Dr. Sergio Polichela. <b>Anestesiastas:</b> Dr. Osvaldo Bacigalup, Dr. Federico Dubarry. <b>Odontóloga:</b> Dra. Lidia Pinola. <b>Fonoaudióloga:</b> Lic. Adriana Pérez
Campaña Tucumán I (2003) Niños evaluados: 20 Niños operados: 12 Pendientes de operación: 8	Cirujanos Plásticos: Prof. Dr. Pedro Dogliotti, Dr. Juan Carlos Rodríguez, Dra. Emanuela Nadal, Dra. Gloria Manacero. <b>Anestesiastas:</b> Dra. Dora Komar, Dra. Ana Rotemberg.
Campaña a Santiago del Estero II (2003) Niños evaluados: 44 Niños operados: 27 En tratamiento clínico pediátrico, fonoaudiológico y odontológico: 17	Cirujanos Plásticos: Dra. Paulina Iwanyk, Dr. Carlos Perroni, Dr. Ernesto Traine, Dr. Sergio Polichela. <b>Anestesiastas:</b> Dr. Osvaldo Bacigalup, Dr. Federico Dubarry. <b>Fonoaudióloga:</b> Lic. Adriana Pérez.
Campaña Santiago del Estero III (2004) (del 5/11/04 al 8/11/04) Niños evaluados: 45 Niños operados: 28 Pendientes de operación: 17	Cirujanos Plásticos: Dra. Paulina Iwanyk, Dr. Ernesto Traine, Dr. Carlos Perroni, Dr. Sergio Polichela. <b>Anestesiastas:</b> Dr. Osvaldo Bacigalup, Dra. Silvana Goyanes. <b>Fonoaudióloga:</b> Lic. Adriana Pérez.
Campaña Tucumán II (2004) (del 21/10/04 al 24/10/04) Niños evaluados: 20 Niños operados: 11 Pendientes de operación: 9	Cirujanos Plásticos: Dr. Rubén Aüfgang, Dra. Mirta Moreno, Dr. Carlos Perroni, Dr. Rodolfo Rojas. <b>Anestesiastas:</b> Dra. Silvia Nieves. <b>Fonoaudióloga:</b> Flga. Silvia Jury. <b>Odontóloga:</b> Dra. Lidia Pinola.
Campaña San Juan (2005) (del 10/11/05 al 12/11/05) Niños evaluados: 90 Niños operados: 13	Cirujanos Plásticos: Dr. Rodolfo Rojas, Dr. Guillermo Franze, Dra. Martha Mogliani, Dra. Susana Ruiz, Dra. A. Nagahama. <b>Anestesiasta:</b> Dra. Elena Admiral. <b>Fonoaudióloga:</b> Lic. Tamashiro. <b>Odontóloga:</b> Miyashiro.
Campaña Santiago del Estero (2009) Niños evaluados: 50 Niños operados: 15	Cirujanos Plásticos: Dr. Rodolfo Rojas, Dr. Carlos Perroni, Dra. Carolina Cramaro.

Campaña Santiago del Estero (2010) (del 14/4/10 al 16/4/10) Niños evaluados: 20 Niños operados: 10	Cirujanos Plásticos: Dr. Rodolfo Rojas, Dr. Carlos Perroni, Dra. Carolina Cramaro.
Campaña La Rioja (2010) (del 7/5/10 al 9/5/10) Niños evaluados: 12 Niños operados: 2	Cirujanos Plásticos: Dr. Aníbal Ojeda, Dr. Carlos Perroni, Dr. Rodolfo Rojas.
Campaña Santiago del Estero (2010) (del 24/6/10 al 27/6/10) Niños evaluados: 50 Niños operados: 13	Cirujanos Plásticos: Dr. Carlos Perroni, Dr. Rodolfo Rojas.
Campaña Santiago del Estero (2011) (del 14/4/11 al 16/4/11) Niños evaluados: 20 Niños operados: 10	Cirujanos Plásticos: Dra. Carolina Cramaro, Dr. Carlos Perroni, Dr. Rodolfo Rojas.

Jornadas Nacionales realizadas por el CEREFAP de la SACPER.	
I Jornadas Nacionales Interdisciplinarias de Fisura Labio Naso Alvéolo Palatina (11/3/05 y 12/3/05) UCA	Total de inscriptos: 160
II Jornadas Nacionales Interdisciplinarias de Fisura Labio Naso Alvéolo Palatina (17/11/06 y 18/11/06) Termas de Río Hondo - Santiago del Estero	Total de inscriptos: 165
III Jornadas Nacionales Interdisciplinarias de Fisura Labio Naso Alvéolo Palatina (del 23/8/07 al 25/8/07) Iguazú - Misiones	Total de inscriptos: 160
IV Jornadas Nacionales Interdisciplinarias de Fisura Labio Naso Alvéolo Palatina (22/8/08 y 23/8/08) Tucumán	Total de Inscripciones: 250
V Jornadas Nacionales Interdisciplinarias de Fisura Labio Naso Alvéolo Palatina (21/8/09 y 22/8/09) Paraná - Entre Ríos	Total de Inscripciones: 200
VI Jornadas Nacionales Interdisciplinarias de Fisura Labio Naso Alvéolo Palatina (17/9/10 y 18/9/10) La Rioja	Total de Inscripciones: 266
VII Jornadas Nacionales Interdisciplinarias de Fisura Labio Naso Alvéolo Palatina (16/9/11 y 17/9/11) Córdoba	Total de Inscripciones: 200
VIII Jornadas Nacionales Interdisciplinarias de Fisura Labio Naso Alvéolo Palatina (24/8/12 y 25/8/12) Corrientes	Total de Inscripciones: 286
IX Jornadas Nacionales Interdisciplinarias de Fisura Labio Naso Alvéolo Palatina 2013 San Juan	Total de Inscripciones: 260

Quisiera aclarar dos cosas: los pacientes que dice pendientes no fueron operados por enfermedades estacionales, anemias, es decir, no estaban en condiciones. La otra cosa que quiero aclarar es que a los cirujanos la Sociedad les abonó los pasajes, y los otros integrantes del equipo se costearon todo ellos mismos, lo que habla de su gran sentido de la solidaridad.

El 2005 fue un año de innovación para nuestro Centro. Realizamos las Primeras Jornadas Interdisciplinarias en la sede de la Universidad Católica Argentina en Buenos Aires. Aquí estamos, otra vez reunidos en esta IX Jornada, y lo mejor que nos está pasando es que cada vez somos más los que estamos comprometidos con este tema.

Me pregunto: ¿Quién se esfuerza en plantar un árbol? Solamente quien cree en el futuro, porque es un trabajo para el futuro. Nosotros creímos y apostamos al futuro. Seguimos creyendo en la propuesta que nos hicimos en el año 2001, que estos niños sean atendidos y tratados en su lugar de nacimiento, por profesionales argentinos idóneos en esta especialidad.

Como observarán, las campañas quirúrgicas han disminuido. ¿Saben por qué? Porque se han conformado equipos interdisciplinarios, como era el objetivo de nuestra misión. Tenemos conformados equipos en el NEA, NOA, Centro y Litoral, Cuyo, hay colegas del PRONAI, FILAP que están en el Sur. Estamos trabajando la Región Patagonia recientemente creada en la que contamos con el Dr. Franze en Caleta Olivia.

Diríamos... el objetivo está cumplido. No, no está cumplido. Hay que seguir trabajando para ampliar esto que ahora tenemos hasta que en nuestro país no haya un sólo niño sin la asistencia adecuada.

Acá veo mucha gente joven que es la heredera de este proyecto. ¡No lo abandonen!

Todos sabemos que ésta es una patología que es tanto del cirujano como de todo el equipo actuante interdisciplinario, que requiere una formación especial, pero el mayor requisito es el compromiso, la generosidad y el amor.

Estamos diagramando una página en Internet, se está encargando la Dra Mirta Moreno.

Cuántas veces escuchamos o decimos "la sociedad está mal", "hay mucho egoísmo". La mayoría de las veces, estos pensamientos funcionan como una excusa para quedarse quieto y no hacer nada, pero en definitiva, no son los funcionarios los que producen el cambio. Éstos los produce la sociedad y nosotros somos sus integrantes, por lo tanto la suma de nuestras acciones, elecciones, propósitos, creencias hacen la transformación. Ninguno de nosotros está al margen de esa responsabilidad, en cada lugar donde se trabaja, se vive, todos ustedes que están hoy aquí presentes, tienen la responsabilidad de ampliar, aportar y llevar en continuidad este proyecto que está en marcha y, lo que comenzó en un sector, hoy es de todos nosotros.

Porque la vida tiene sentido cuando vivimos para algo o para alguien, porque la dicha de la vida es tener algo que hacer, alguien a quien amar y algo que esperar.

Siempre preguntémosnos: ¿Habré contribuido con mis acciones, elecciones a mejorar la vida de un solo ser humano?

De la respuesta que nos demos dependerá que nuestra vida tenga sentido.

# NOTICIAS SACPER

## IX JORNADAS NACIONALES MULTIDISCIPLINARIAS DE FISURA LABIO-ALVÉOLO-PALATINAS

Entre los días 11 y 12 de octubre de 2013 se llevaron a cabo en la provincia de San Juan las IX Jornadas, que contaron con el apoyo del Gobierno de la provincia de San Juan, el Ministerio de Salud, el Departamento de Odontología, la Confederación Odontológica Argentina, la Federación de Colegios y Asociaciones de Fonoaudiólogos, y el Centro de Fisurados de San Juan. Hubo conferencias, presentaciones, casuísticas y casos problema de los integrantes de los centros de referencia nacionales.

También se realizaron talleres odontológicos, fonoaudiológicos y quirúrgicos, en los que se analizaron y debatieron los nuevos desafíos en el tratamiento de esta compleja patología.

Se realizó por parte de las organizadoras, Dra. María Elena García y Dra. Inés Garcés, un homenaje a los Dres. Carlos Mira Blanco, cirujano plástico pionero en el tratamiento del niño con FLAP en la región, quien se desempeñó en el Hospital Marcial Quiroga, al Dr. Carlos Aguirre, cirujano infantil quien intervino estas patologías en el Hospital Rawson, y a la Dra. Mari Alves, odontóloga del Instituto de Odontología Provincial.

Se realizó la asamblea anual entre los centros provinciales y el Centro de Referencia nacional, donde se re-

solvió por votación unánime seguir con las jornadas todos los años y en forma gratuita. Se presentó el proyecto de las X Jornadas a realizarse en la Ciudad de La Plata en los días 10 y 11 de octubre de 2014, a cargo de los Dres. Carlos Perroni, Rodolfo Rojas y la licenciada Silvia Juri. Se decidió que las XI Jornadas se realizarían en Neuquén en el año 2015, y las XII Jornadas en el año del Bicentenario de la Declaración de la Independencia –2016–, en Tucumán.

La calidez de la recepción de los colegas sanjuaninos y la confraternidad entre todos los presentes fueron el marco propicio para el éxito de estas IX Jornadas. Felicitamos a los doctores organizadores.

**Dra. Martha O. Mogliani**



## CURSO ANUAL DE ACTUALIZACIÓN EN CIRUGÍA PLÁSTICA 2013

Estimados amigos y colegas, les quiero notificar que el martes próximo (12/11) a las 21 hs, en la sede de la AMA, tendremos como invitados extranjeros del Curso Anual de Actualización en Cirugía Plástica 2013, a los Dres. Kenneth Salyer y Linton Whitaker, dos prestigiosos y reconocidos cirujanos plásticos de USA, con importante trayectoria por todos conocida en el terreno de la Cirugía Craneofacial y su aplicación a la Cirugía Estética Facial. Ellos disertarán por espacio de una hora y después habrá un tiempo destinado a preguntas.

Contaremos con servicio de traducción simultánea. Será una noche para disfrutar de sus conocimientos, sin lugar a dudas. Espero contar con su presencia, apoyando así el avance de nuestra especialidad, nuestra Sociedad y también nuestra propia formación.

Un abrazo,  
Dr. Oscar Marinacci  
Director del Curso

## 44° CONGRESO ARGENTINO DE CIRUGÍA PLÁSTICA

www.congreso2014.com.ar

44° Congreso Argentino de Cirugía Plástica

Buenos Aires. 9 al 12 abril 2014

Buenos Aires Sheraton Hotel & Convention Center

### Últimos días arancel preferencial de inscripción

Valores válidos hasta el 31 de octubre	
Miembro de SACPER y FILACP *	\$1500
Miembro de Regionales	\$2700
Residentes y Cursistas **	\$ 800
Concurrentes con menos de 10 años de egresados ***	\$1500
NO Miembros (El Comité Organizador se reserva el derecho de admisión)	\$5000

\* Miembros de FILACP que figuren en la base de datos de la FILACP o su Sociedad Nacional.

\*\*Servicios oficiales y Carreras Universitarias reconocidos por SACPER o sus Regionales. Con carta de acreditación por el Jefe de Servicio o Director de la Carrera y aval de la Regional. Los pertenecientes a la Regional Bs As, deberán inscribirse previamente en el registro de la Sociedad de Buenos Aires de Cirugía Plástica como "Especialista en formación".

\*\*\* Con carta de acreditación por el Jefe de Servicio y matrícula profesional.

### Invitados extranjeros

Gabriel Alvarado (Colombia), Timothy Marten (EE.UU.), Celso Bohorquez (Colombia), Joao Prado Neto (Brasil), Daniel Baker (EE.UU.), Osvaldo Saldanha (Brasil), Antonio Bozola (Brasil), Eva Siolo (Sudáfrica), Lázaro Cárdenas (México), José Tariki (Brasil), Daniel del Vecchio (EE.UU.), Dean Toriumi (EE.UU.), Nicanor Isswe (EE.UU.), Carlos Uebel (Brasil), Reinaldo Kube (Venezuela).

### Formas de pago

Tranferencia/CBU Depósito Bancario	HSBC
Pago Online con Tarjeta de Crédito	MasterCard, VISA

### Inscripción online

### Temas Centrales

Cirugía del Envejecimiento Facial, Lifting Endoscópico, Injerto Grasa, Mastoplastias, Implantes Mamaros, Cirugías con incisiones reducidas, Abdominoplastias, Rinoplastias, Injerto de Pelo, Actualización en Microcirugía Craneofacial, Cirugía Plástica Pediátrica, Reconstrucción Mamaria, Quemados, Cirugía Reconstructiva.

### Cursos

Envejecimiento Facial - <i>Timothy Marten</i>	\$ 150
Rinoplastía - <i>Dean Toriumi</i>	\$ 150

### Presentación de trabajos Concurso de residentes

## CONCURSO PARA MÉDICOS EN FORMACIÓN EN LA ESPECIALIDAD 2013

El Jurado designado para dicho Concurso ha evaluado los 18 trabajos presentados, todos de excelente nivel, y se ha resuelto otorgar las becas a los siguientes trabajos seleccionados.

Por el trabajo: **“Colgajo plantar sensibilizado en isla, a propósito de dos casos y revisión de la literatura”**. Autores: Dr. Luis Girón, Dr. Federico Flaherty.

*Se otorga beca por la inscripción y pasaje aéreo para asistir al 50° Congreso Brasileño de Cirugía Plástica al Dr. Luis Girón.*

Por el trabajo: **“Reconstrucción de párpado inferior con injerto de cartilago auricular de espesor parcial y colgajo de laguinge en doble banderín”**. Autores: Dr. Patricio Buquet, Dr. Jorge Buquet y C. Fonfach.

*Se otorga beca por la inscripción y pasaje aéreo para asis-*

*tir al 50° Congreso Brasileño de Cirugía Plástica al Dr. Patricio Buquet.*

Por el trabajo: **“Algoritmo de reconstrucción ante secuelas de neoplasias del ángulo interno del ojo”**.

Autores: Dra. Liliana Scarpinelli, Dr. Enrique Arigós.  
*Se otorga beca para la inscripción al 44° Congreso Argentino de Cirugía Plástica a la Dra. Liliana Scarpinelli.*

Por el trabajo **“Nevus gigante en cara”**. Autores: Dr. Diego Sebastián Martínez, Dr. Guillermo Iturraspe.

*Se otorga beca para la inscripción al 44° Congreso Argentino de Cirugía Plástica al Dr. Diego Sebastián Martínez.*

La Sociedad Argentina de Cirugía Plástica agradece la colaboración del Laboratorio Allergan por un pasaje aéreo y una inscripción para el 50° Congreso Brasileño de Cirugía Plástica y al comité organizador del 44° Congreso Argentino de Cirugía por el otorgamiento de dos becas para la inscripción al citado Congreso

# NOTICIAS REGIONALES

## SCPBA

Martes 5 de noviembre - 21.00 hs. - AMA

*Lipoaspiración asociada a lipotransferencia glútea.* Dr. Juan Martín Di Bitonto.

*Método no quirúrgico como complemento de tratamiento invasivo.* Dr. Sergio Korzin.

*Ginecomastia.* Dr. Marcelo Bernstein.

*Reposición de volumen y relajación del rostro.* Dr. Fernando Felice.

9 de noviembre

Jornada Hospitalaria abierta a la comunidad por el Día Internacional de la Reconstrucción Mamaria.

Martes 19 de noviembre - 21.00 hs. - AMA

Sesión Trabajos a Premio Senior y Junior.

10 de diciembre

Estimados amigos. Este año 2013 se cumplen 35 años de la creación de la Sociedad de Cirugía Plástica de Buenos Aires. Esta Comisión Directiva tiene el honor de coincidir con este aniversario por lo cual lo festejaremos como una familia en la cena de fin de año.

Queremos hacerlos partícipes de esta reunión que se llevará a cabo el 10 de diciembre.

## 18° SIMPOSIO INTERNACIONAL DE CIRUGÍA PLÁSTICA "SIGLO XXI"

Se realizó el 25 y 26 de octubre de 2013 en el hotel Sheraton de la Ciudad de Buenos Aires en forma conjunta con el "ISAPS - One Day Symposium" en el marco del 35° Aniversario de la creación de la Sociedad de Cirugía Plástica de Buenos Aires.

Las conferencias fueron dictadas por los Dres. Bernard C. De Saint-Cyr (Francia), Yhelda Felicio (Brasil), Antonio Graziosi (Brasil), Carlos Roxo (Brasil), Constantín Stan (Rumania) y Ramón Yitzchak (Israel), quienes desarrollaron temas referentes a cirugía estética facial, mamaria, abdominal, genital, etc.

El Simposio estuvo presidido por el Dr. Ricardo Losardo y acompañado por los Dres. María Cristina Picón como delegada nacional de la ISAPS y Daniel Castrillón. Fue presidente de honor del Simposio el Dr. Ulises de Santis, Presidente fundador de la Sociedad de Cirugía Plástica de Buenos Aires.



Foto 1. Homenaje 35º Aniversario SCPBA: Acto inaugural. Dres. Elías Hurtado Hoyo, Juan Carlos Traverso, María Cristina Picón, Ricardo Jorge Losardo (disertando), Omar Ventura, Jorge Herrera y Daniel Castrillón.



Foto 2. Homenaje 35º Aniversario SCPBA: Expresidentes. De pie: Dres. Losardo, Patané, Vázquez, Flaherty, Gagliardi, Herrera, Famá, Buquet, García Igarza, Bertone, Vassaró, Chajchir y Rosati. Sentados: Dres. Viñal, Morales, Fernández Humble, Margaride, Mogliani, Orduna y Seiler.

Estuvo auspiciado por la Asociación Médica Argentina, Academia Nacional de Medicina, Universidad del Salvador y Universidad Católica Argentina. Fue declarado de interés por la honorable Cámara de Diputados de la Nación y la Universidad de Buenos Aires.

Cerrando la primera jornada científica, se realizó una reunión de homenaje a los ex presidentes y miembros vitalicios de la institución y se celebró el 35º Aniversario de la Sociedad.

Contó con una importante concurrencia de cirujanos plásticos de distintos puntos del país y de países limítrofes, abarcando todas las edades, lo que demuestra que estos simposios ya gozan de un reconocimiento general y son de gran utilidad para ampliar los conocimientos de la especialidad.

## REGIONAL LA PLATA

Estimados colegas: La Sociedad de Cirugía Plástica de La Plata tiene el agrado de invitarlos a participar de la I Jornada Argentino-Brasileña de Cirugía Craneo-Maxilo-Facial y Estética Facial, y a la IX Reunión de Regionales de la SACPER, que se realizarán en la ciudad de La Plata, los días jueves 28 y viernes 29 de Noviembre de 2013.

El temario y los valores de inscripción se detallan en el flyer a continuación.

Asimismo, recomendamos a los asistentes que deseen alojarse en la ciudad de La Plata, realizar sus reservas con suficiente anticipación.

Cordialmente.

Comisión Directiva SCPLP

**I Jornada Argentino-Brasileña de Cirugía Craneo-Maxilo-Facial y Estética Facial**  
**IX Reunión de Regionales de la SACPER**

Organiza: Sociedad de Cirugía Plástica de La Plata

28 y 29 de Noviembre de 2013  
 Salón Dorado - Municipalidad de La Plata  
 Calle 12 e/51 y 53 - La Plata  
 Buenos Aires - Argentina

Invitados extranjeros:  
 Dra. Vera Cardim  
 Dr. Dov Goldenberg

Temario:

- i. Párpados
- ii. Rítidoplastia
- iii. Cirugía Ortognática
- iv. Patología Congénita Máxilo-Facial
- v. Rinoplastias
- vi. Reconstrucción Auricular
- vii. Cirugía Mini-invasiva Facial
- viii. Casos Problemas sobre Patologías Faciales
- ix. Problemáticas de las Regionales de SACPER

Inscripción e Informes en [scirurgioplasticalaplata@gmail.com](mailto:scirurgioplasticalaplata@gmail.com)

3 de Diciembre  
2013

HORARIO  
9 a 17 hs.



60° Aniversario del descubrimiento  
de la cadena de ADN

**IV JORNADA CIENTIFICA DEL CURSO SUPERIOR  
DE ESPECIALIZACION DE CIRUGIA PLASTICA**

4° REUNION DE EGRESADOS DEL CURSO SUPERIOR TRIENAL  
Sociedad Argentina de Cirugía Plástica, Estética y Reparadora

**MEDICINA REGENERATIVA**

LUGAR

**Asociación Médica Argentina**  
Avenida Santa Fe 1171  
Ciudad de Buenos Aires

**Los temas a desarrollar son:**

- ✗ Medicina regenerativa: actualización (presente y futuro), condiciones generales para su aplicación terapéutica.
- ✗ Genética y epigenética.
- ✗ Concepto de células madres.
- ✗ Histología: comprensión del entorno celular y sus sostenes.
- ✗ Concepto de las estructuras matriciales: su aplicación.
- ✗ Modelos experimentales.
- ✗ Ensayos de investigación, protocolos nacionales en desarrollo.
- ✗ El laboratorio de cultivo, potencialidad de las terapias celulares.
- ✗ Visión actualizada del tratamiento de heridas. Bioquímica de la cicatrización.
- ✗ Regulación jurídica en Argentina. Leyes y ética.



COMITÉ EJECUTIVO

Dr. Hugo A. Drago  
Presidente

ORGANIZA  
CURSO SUPERIOR DE  
ESPECIALIZACION EN  
CIRUGIA PLASTICA

Dr. Ricardo Losardo  
Director

PRESIDENTES DE HONOR

Dr. Juan Carlos Traverso  
SACPER  
Dr. Elías Hurtado Hoyo  
AMA



**INSCRIPCIONES  
SIN CARGO**

INFORMES  
jornada.regenerativa@gmail.com  
Web: www.sacper.org.ar



**Conferencistas:** Adrián Barceló, Alejandro Beltrami, Pablo Fortan, Rodrigo Jorrot, Gustavo Leiros, Eduardo Mansilla, Gustavo Moviglia, Mercedes Porta, Jaime Rimoldi, Flavio Sturla, Guillermo Trigo, Pablo Uva, Luciano Vidal, etc.