

REVISTA ARGENTINA DE
Cirugía Plástica

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



ASOCIACIÓN MÉDICA ARGENTINA

VOLUMEN XX | NÚMERO 1 | AÑO 2014





COMISIÓN DIRECTIVA
SACPER - 2014

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

Director 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 Siemenczuk

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 mínimamente invasivos 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 Vassaro
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. Alberto Abulafia (SACPER)
Relaciones Públicas
Dr. Sergio Marcelo Polichella
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. Héctor 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

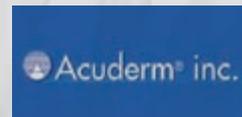
G. E. Lombardozzi S. A.



INSTRUMENTAL PARA CIRUGIA - IMPLANTES

desde 1956

Gracias al trabajo basado en la honestidad y profesionalismo son muchas las empresas y marcas de renombre internacional que G.E. Lombardozzi representa en la República Argentina:



CASA CENTRAL

Silvio Ruggieri 2880. Buenos Aires - Argentina | Tel/Fax: (011) 4801-5387/2620, 4803-9070 | info@gelombardozzi.com.ar

SUCURSALES

La Plata Mar del Plata Rosario Cordoba Mendoza NOA Tucuman

www.gelombardozzi.com.ar

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 2014

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 H. 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)

Presidente: Dr. Mario Sosa

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[®]
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

	8	22
EDITORIAL 60° Aniversario <i>Martha O. Mogliani</i>		Dismorfia de genitales externos en la población pediátrica <i>Paulina Iwanyk, Guillermo Tobus, María Eugenia Salto</i>
	10	27
Reconstrucción de párpado inferior con injerto de cartílago auricular de espesor parcial y colgajo de Laguinge en doble banderín <i>Buquet P, Buquet JA, Fonfách C</i>		Desgarro completo traumático del músculo pectoral mayor (<i>m. pectoralis major</i> , TA) <i>Ernesto Moretti, Yamil Eid Caballero, Carolina Ramacciotti, Hernán Palacios, Luis Londoño</i>
	15	32
Colgajo plantar medial sensibilizado en isla: a propósito de dos casos y revisión de la literatura <i>Luis J. Girón, Federico Flaberty</i>		Noticias SACPER y Regionales

60° ANIVERSARIO

Sesenta años de la Revista Argentina de Cirugía Plástica. Diría que aquel que puede plantar un árbol es un visionario: desde que pone la semilla en la tierra tiene que imaginar en su mente y “ver” al árbol con sus flores, sus frutos y los beneficios que va a proporcionar.

Los fundadores de nuestra Sociedad fueron “visionarios”, adelantados a su época. Tuve el privilegio de conocer a muchos de ellos, pertenecían a esa clase de líderes con proyectos a largo plazo, y de esos proyectos nacieron la Sociedad Argentina de Cirugía Plástica y la Revista Argentina de Cirugía Plástica, que sería y es la vocera de todos los miembros que integran e integraron nuestra querida sociedad durante los 60 años transcurridos.

El primer presidente de la SACPER fue el Dr. Ernesto Malbec, reconocido dentro de nuestro país e internacionalmente, no sólo por sus habilidades quirúrgicas sino también por su creatividad e innovación en las diferentes técnicas. Fue durante su presidencia, en el año 1953, que se creó la Revista, cuyo nombre completo era “Revista de la Sociedad Argentina de Cirugía Plástica”; el que dirigió ese primer número fue el Dr. Correa Iturraspe.

Antes de 1953, los trabajos y comunicaciones científicas de los cirujanos plásticos eran publicados en la Revista Argentina de Cirugía.

Con la creación de la Sociedad de Cirugía Plástica, se sintió la necesidad de tener un órgano de difusión de la especialidad, y en ese primer número de la revista se publicaron los trabajos, comunicaciones que eran expuestas en los ateneos y reuniones científicas que se realizaban.

En esos momentos los ateneos eran interhospitalarios, y ya se comenzaban a realizar las primeras sesiones científicas en la Asociación Médica Argentina.

En el año 1956, cuatro años después de la creación de la Revista, pasó a llamarse “Boletín de Cirugía Plástica”, fue editado y publicado bajo la dirección del Dr. Héctor La Ruffa.

Unos años más tarde, en 1961, siendo presidente de la Sociedad el Dr. Fortunato Benaim, se edita el Boletín nuevamente, con la dirección del Dr. Luis Albanese. Pasa un tiempo, y en el año 1967, bajo la presidencia del Dr. Néstor Maquieira, la Revista aparece nuevamente y es dirigida por el Dr. José Juri.

Cinco años después, en el año 1982, nuevamente es el Dr. La Ruffa el que dirige la Revista, mientras que la presidencia fue llevada a cabo por Dr. Adrián Spadafora.

Pasan tres años, y en 1985 es elegido como director de la Revista al Dr. García Igarza, bajo la presidencia del Dr. Erdulfo Appiani.

En el año 1991, en la presidencia del Dr. Néstor Bravo, se nombra como director de la Revista al Dr. Claudio Angrigiani.

Como pueden apreciar, hasta esa fecha el director de la Revista era un integrante de la Comisión Directiva, esto es, el Director de Publicaciones, de ahí la falta de continuidad.

Es a partir del año 1995 cuando se reglamenta todo lo referente a la publicación de la Revista, la regularidad en la edición, el número de revistas por año, entre otras cosas. En ese año se nombra director de la Revista Argentina de Cirugía Plástica al Dr. Héctor Lanza, quien le da vuelo y continuidad, regularidad en el tiempo, haciendo una publicación trimestral, con difusión gratuita entre todos los asociados, y también en el exterior. Durante los 6 años en que fue dirigida por el Dr. Héctor Lanza, se logró algo muy difícil de conseguir: la continuidad en el tiempo. Esto se hizo no sólo con gran esfuerzo y trabajo, sino también con la inclusión de normas directrices que se incorporaron al estatuto de nuestra Sociedad; además, el director dejó de ser un miembro de la Comisión Directiva y pasa a ser elegido por asamblea y dura en su cargo 3 años.

Durante el año 2000, el Dr. Héctor Lanza renuncia como editor y en la asamblea ordinaria del año 2001 es nombrada como editora de la Revista la Dra. Martha O. Mogliani, con un mandato

por 3 años, como lo expresa el estatuto, sólo renovable por asamblea. Y aquí estamos... 12 años después con este proyecto de hace 60 años, creado por gente no sólo comprometida, sino con visión de futuro.

En estos 12 años, en los que he renovado mi compromiso cada tres años, puedo hacer un reconocimiento merecido y un homenaje a todos los que me precedieron en la confección de la Revista, porque sé que cada uno de ellos, a su manera, aceptaron el compromiso.

Pude, en estos 12 años, experimentar lo laborioso y muchas veces difícil que es lograr la continuidad de 4 números anuales, es decir, cada tres meses, compaginar, editar, distribuir una revista científica. Muchas veces las dificultades fueron económicas, como en los años 2001-2002, pero siempre pensé que las soluciones más fáciles son las económicas. En aquellos momentos de carencia, recurrí a socios amigos y a mi propia economía para cumplir con la edición de cuatro números... y lo logramos. Las dificultades económicas quedaron atrás, ¿cuáles son ahora los escollos que tenemos? Estos son la falta de presentaciones científicas, y me pregunto: ¿Será por desinterés de informar a otros lo que hacemos? ¿O de mostrar casuísticas, nuestras experiencias? ¿Tal vez la apatía de sentarse a diagramar un trabajo científico? ¿Falta de tiempo? Quisiera que la respuesta a estos interrogantes me las dieran Uds. Las palabras que se dicen en las disertaciones y exposiciones orales son escuchadas y pasan... las palabras escritas, quedan, y, a través del tiempo, son muchos los que las pueden leer y aprender con ellas; es por eso que un trabajo científico escrito y publicado tiene valor, para que en el tiempo podamos no sólo aprender de los otros sino comparar la evolución, las innovaciones de las técnicas quirúrgicas, los adelantos, etc.

Estos 12 años de ardua tarea junto con mis colaboradores me permiten pedirles a Uds., los jóvenes, un mayor compromiso con el estudio y la escritura; sé que la vida y la sociedad en la que vivimos es una vorágine, apuros, exigencias, pero quiero decirles: “comiencen haciendo lo posible, luego lo necesario y terminarán haciendo lo imposible”. Esto es así en todos los órdenes de nuestra vida.

Dra. Martha O. Mogliani
Editora

RECONSTRUCCIÓN DE PÁRPADO INFERIOR CON INJERTO DE CARTÍLAGO AURICULAR DE ESPESOR PARCIAL Y COLGAJO DE LAGUINGE EN DOBLE BANDERÍN

Buquet P¹, Buquet JA², Fonfach C³

RESUMEN

El objetivo principal en la reconstrucción de párpados es promover una adecuada protección del globo ocular así como la restitución de sus planos anatómicos. En el caso a presentar, el paciente padecía un carcinoma basocelular en el borde libre del párpado inferior izquierdo, que comprometía su lámina anterior y posterior (Figura 1). Para poder obtener una correcta estabilidad se decidió utilizar un injerto de cartílago auricular de espesor parcial con pericondrio para la reconstrucción del tarso (Matsuo, 1987; Friedhofer, 1999) y un colgajo en doble banderín de Laguinge para su cobertura. Se obtuvo la epitelización del injerto en tiempos estándares según la literatura y un buen resultado estético y funcional.

INTRODUCCIÓN

Las lesiones en los párpados pueden comprometer la lámina anterior, la lámina posterior o ambas. Muchas técnicas quirúrgicas durante la historia de la Cirugía Plástica, Estética y Reparadora han sido descritas para la reconstrucción de párpados, tanto para lesiones totales como parciales (colgajo en puente de Cutler-Beard, colgajo de Mustardè, colgajo de Maquieira, colgajo de Tenzel, colgajo de Ficke, colgajo de Hewes, colgajo de Hughes, etc.).^{1,3,5-7,12} Todas ellas han tratado de mantener siempre presente la siguiente triada: (1) un párpado móvil y funcional, (2) restitución del anató-

mica del párpado para una buena protección del globo ocular y (3) un resultado estético aceptable.

Está estandarizado en la literatura que, en la reconstrucción de párpados, se debería utilizar tejido idéntico o similar al original. Mustardè en 1959 describió su técnica de reconstrucción de párpados usando un injerto condromucoso de tabique nasal para la lámina interna sumado a su colgajo de rotación. En 1962, Paufigue y Tessier describieron el uso de injerto de cartílago condromucoso obtenido del cartílago triangular de la nariz.¹⁰ En 1987 Matsuo⁵⁻⁷ publica la posibilidad de la utilización de cartílago de concha auricular con pericondrio para la lámina interna y su colocación en contacto directo con la conjuntiva bulbar. También demostró que la epitelización del mismo se generaba entre la 3ra y 4ta semana posoperatoria. Friedhofer² en 1999 publica 20 casos de reconstrucción palpebral usando cartílago auricular pero de la escafa, a diferencia de Matsuo, que usaba concha auricular, obteniendo resultados funcionales similares. Finalmente, en el año 2004, Laguinge presenta el colgajo musculocutá-

1. Cirujano Plástico en Formación, Posgrado de Cirugía Plástica, Estética y Reparadora, Universidad del Salvador. Delegado Nacional ante IPRAS-TA.

2. Director del Módulo Cirugía Estética del Posgrado de Cirugía Plástica, Estética y Reparadora de la Universidad del Salvador. Expresidente de la SACPER.

3. Cirujano Plástico en Formación, Posgrado de Cirugía Plástica, Estética y Reparadora, Universidad del Salvador.

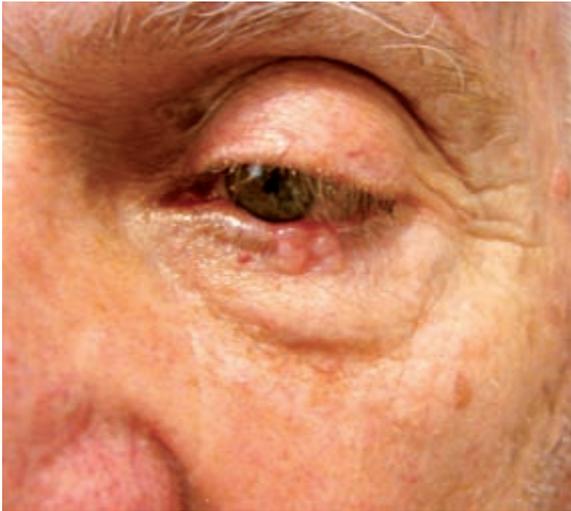


Figura 1. Carcinoma basocelular en borde libre de párpado inferior.



Figura 2. Marcación de colgajo en doble banderín de Lagueinge.

neo en doble banderín (ya descrito previamente en párpados por Huges como colgajo cutáneo o musculocutáneo de avance) para reconstrucción de las regiones periorificiales de la cara con o sin uso de injertos cartilaginosos.

La escafa auricular, según Friedhofer, a diferencia de la concha auricular para reconstrucción de la lámina interna, presenta mejores características ya que su curvatura es más apropiada para el contacto con la conjuntiva, y también es más suave y fina. Nosotros presentaremos un caso en el cual hemos utilizado un injerto de cartílago de la concha auricular obtenido desde la cara anterior de la oreja por el reborde del antihélix.

MATERIAL Y MÉTODO

Se presenta un paciente masculino de 79 años con un carcinoma basocelular en el borde libre del párpado inferior, de 1,3 cm de longitud por 1,0 cm de ancho, que ante el examen físico evidencia el compromiso de las dos láminas palpebrales. Se decide su exéresis quirúrgica y reconstrucción de la lámina interna con injerto de cartílago auricular y la lámina externa con un colgajo en doble banderín de Lagueinge (**Figura 2**).

Anatomía

El párpado inferior consta de una lámina anterior y otra posterior. La lámina anterior se encuentra integrada por el septo orbitario, el músculo orbicular de los párpados y la piel. El septo orbitario se une al borde inferior del tarso y se extiende hacia caudal y externo por

el reborde orbitario. La lámina posterior se compone por el tarso, la aponeurosis del párpado inferior o fascia capsulopalpebral y la conjuntiva.

La irrigación de los párpados se realiza por medio de un sistema anastomótico de la carótida interna y externa. Las ramas de la arteria oftálmica en la órbita posterior pasan adelante como las arterias ciliares anteriores y contribuyen a las arcadas tarsales superior e inferior en los párpados. Las ramas de la arteria facial irrigan el canto medial y lateral así como también contribuyen a las arcadas vasculares de los párpados. Finalmente, la inervación de los párpados se encuentra dividida en motora y sensitiva. La función motora se encuentra a cargo del nervio facial y el nervio oculomotor, mientras que la inervación sensitiva se realiza por medio de la rama oftálmica y maxilar del nervio trigémino.

Técnica quirúrgica

Se realizó la marcación de la lesión a reseca y a su vez se dibujó el colgajo en doble banderín que se utilizaría para la cobertura cutánea de la lesión (**Figura 2**). Se produce la exéresis de la lesión con hoja bisturí n° 15, con el informe de márgenes libres por biopsia por congelación intraoperatoria, se continúa con la reconstrucción. El injerto de cartílago auricular con pericondrio se obtuvo por medio de una incisión anterior en el reborde del antihélix. El mismo fue de un espesor parcial, no total, del cartílago auricular para que el injerto sea lo más parecido en su espesor al tarso como así evitar deformar la concha auricular. Se colocó el cartílago con el pericondrio hacia la conjuntiva y se fijó en sus



Figura 3. Diseción del colgajo y fijación del injerto auricular con puntos de seda.



Figura 4. Injerto de cartílago auricular totalmente fijado.



Figura 5. Ascenso del colgajo en doble banderín.



Figura 6. A los 4 meses posoperatorios.

bordes laterales al tarso con 2 puntos separados de seda 6.0 de cada lado y en su borde inferior con 2 puntos separados del mismo material (**Figuras 3 y 4**). Luego se avanzó el colgajo previamente planificado y se suturó con puntos separados de seda 6.0 (**Figura 5**). La incisión de la oreja se suturó por medio de un solenoide de nylon 5.0.

RESULTADOS

El paciente no se quejó de irritación conjuntival ni presentó malestar debido al contacto directo del injerto de cartílago con el globo ocular. La epitelización se generó aproximadamente al mes de la cirugía y no se evi-

denciaron adherencias entre el injerto y la conjuntiva bulbar. Los puntos del colgajo se retiraron a los 7 días posoperatorios al igual que los de la oreja. No se evidenció ninguna complicación en el párpado inferior ni en la oreja. El paciente presenta buena movilidad y estabilidad del párpado inferior. Hasta el momento no hay reabsorción visible del injerto. El resultado estético y funcional es bueno (**Figura 6**).

DISCUSIÓN

La función del párpado es proteger el globo ocular. La técnica quirúrgica a seleccionar en la reparación de un párpado va a depender de si la lesión compromete la

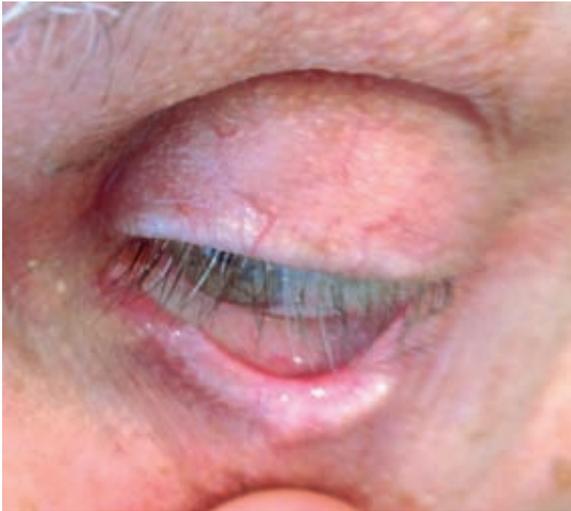


Figura 7. Epitelización del injerto.

lámina interna, la lámina externa o ambas. De todas formas, todas las capas lesionadas deben ser reconstituidas para garantizar así el buen funcionamiento del párpado. El uso de injerto de cartílago ha demostrado durante el tiempo que es un buen instrumento para usar ante la necesidad de reconstrucciones parciales o totales.^{2,4-7,12,13}

El cartílago auricular es un cartílago noble que presenta una curvatura adecuada (en la mayoría de los casos) para su uso en la reconstrucción de párpado, es de fácil acceso y no necesita ser esculpido ni entallado a diferencia del cartílago condronasal. Sus ventajas radican en que el cirujano no debe ser experto en cirugía de nariz, no debe esculpirlo con la posibilidad de su ruptura, es de simple acceso y se evitan generar inconvenientes a nivel del tabique cartilaginoso nasal, como por ejemplo su perforación. Diferimos con la publicación de Friedhofer² en la que postula que la concha auricular tiene mucho espesor, ya que nosotros hemos visto que, al tomar el injerto en forma parcial, el espesor es muy similar al del tarso y no se dejan secuelas a nivel de la oreja. Esto siempre que sea realizado por vía anterior y no posterior, como refiere Matsuo,⁵⁻⁷ ya que la curvatura de la concha nos favorece y, por ende, no hay que trabajar el injerto, y es más rápido y de simple acceso. Se deben tomar las suficientes precauciones al obtener el injerto para no lesionar el pericondrio y colocar a este en contacto con la conjuntiva, ya que la epitelización se realizará a través de él. Suturar el borde inferior del injerto a la fascia capsulopalpebral para conservar el movimiento del párpado inferior y sus laterales al tarso. El injerto de cartílago siempre debe ser cu-



Figura 8. Antihélix sin secuela.

bierto por un colgajo bien vascularizado para mantener su irrigación.

En el caso presentado se decidió el uso de injerto y colgajo ya que la lesión comprometía más de 1/3 de la longitud del ojo y todo el espesor del párpado, por lo que no era posible su cierre directo ni con cantólisis. El colgajo en doble banderín es muy seguro en pacientes con piel redundante ya que en pacientes jóvenes, con piel tensa, podría ser un riesgo su uso, debido a que la retracción cicatrizal normal podría generar un ectropión. Por ende, nosotros evitaríamos su elección y optaríamos por otro tipo de colgajo como el colgajo de Tenzel. A 4 meses posoperatorios se evidencia un buen movimiento del párpado inferior, una estabilidad aceptable, mínimas cicatrices y una buena epitelización (**Figuras 6, 7 y 8**).

CONCLUSIÓN

El injerto de cartílago de concha auricular obtenido por vía anterior de espesor parcial nos probó en este caso ser un método de rápido acceso, fácil y simple de obtener sin necesidad de esculpirlo. Es un injerto noble, no se necesita gran experiencia para el procedimiento y evita las probables complicaciones que se pueden generar al tratar de obtener un injerto condromucoso nasal. La presencia de pericondrio es fundamental para la epitelización del injerto. El colgajo en doble banderín nos asegura una buena irrigación del injerto y una buena cobertura de la lesión. Es un procedimiento seguro y con buenos resultados estéticos y funcionales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Codner Mark A, McCord Clinton. Upper and lower eyelid reconstruction. *Plastic and Reconstructive Surgery* Nov 2010;125:231-245.
2. Friedhofer H, Salles AG. Eyelid reconstruction using cartilage grafts from auricular scapha. *Eur J Plast Surg* 1999;22:96-101.
3. Hughes WL. *Reconstructive surgery of the eyelids*. St Louis: Mosby; 1947, p 93.
4. Laguinge R, Nagahama MA. Reconstrucción de las regiones periorificiales de la cara con el colgajo en doble banderín. *Revista Argentina de Cirugía Plástica* 2004; suplemento I.
5. Matsuo K, Hirose T. Lower eyelid reconstruction with a conchal cartilage graft. *Plast Reconstr Surg* 1987;80:547.
6. Matsuo K, Kiyono M. Lower eyelid reconstruction with an orbicularis oculi musculocutaneous transposition flap and a conchal cartilage graft. *Ophthalmol Plast Reconstr Surg* 1990;6:177-180.
7. Matsuo K, Sakaguchi Y, et al. Lid margin reconstruction with an orbicularis oculi musculocutaneous advancement flap and a conchal cartilage graft. *Plast Reconstr Surg* 1991;87:142-145.
8. Mehta Hemant. Surgical management of carcinoma of eyelids and periorbital skin. *British Journal of Ophthalmology* 1979;63:578-585.
9. Meena Manju. Triple-Flaps for lateral canthus reconstruction: A novel technique. *Oman Journal of Ophthalmology* 2012 Sep-Dec;5(3):181-183.
10. Mc Carthy JG. Reconstruction of the eyelids and associated structures. *Plastic surgery 1990*. Saunders, Philadelphia, 2:1671-1784.
11. Moesen Ingemarie, Paridaens Dion. A technique for the reconstruction of lower eyelid marginal defect. *Br J Ophthalmology* 2007;91:1695-1697.
12. Mustardè JC. *Repair and reconstruction in the orbital region*. Churchill Livingstone, New York, 1980; pp 130-151.
13. Steinkogler J. Reconstruction of the lower lid. *British Journal of Ophthalmology* 1984;68:507-510.

COLGAJO PLANTAR MEDIAL SENSIBILIZADO EN ISLA: A PROPÓSITO DE DOS CASOS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Luis J. Girón¹, Federico Flaherty²

RESUMEN

Por las particulares características de la región plantar, los defectos de esta zona continúan siendo en la actualidad un problema desafiante para el cirujano reconstructivo. El objetivo de este trabajo es la descripción de dos casos clínicos que presentaban un defecto en el talón secundario a la resección de un melanoma. Ambos casos fueron resueltos sin complicaciones mayores utilizando el colgajo plantar medial sensibilizado en isla. Se discute la revisión de la literatura, se describe la anatomía y técnica quirúrgica, se mencionan las complicaciones y modificaciones actuales del colgajo. En la ladera reconstructiva, hoy en día, el colgajo plantar medial ocupa el tratamiento de elección para la reconstrucción de defectos de mediano tamaño en el talón, evidenciando previamente la integridad vascular del pie.

Palabras clave: colgajo plantar medial, cirugía reconstructiva, talón.

SUMMARY

Because of the specialized characteristics of the plantar foot, defects in this region continue to be a challenging problem for the reconstructive surgeon. The objective of this report is to present two male patients who had heel defects secondary to a melanoma resection. Both cases were solved without mayor complications using a sensate island medial plantar flap. We comment the literature review, describe the anatomy and surgical technique, mention the complications and actual modifications of this flap. At this moment, the medial plantar flap is the workhorse for the reconstruction of medium sized heel defects in a foot with an intact vascular supply.

Key words: medial plantar flap, reconstructive surgery, heel.

INTRODUCCIÓN

El objetivo principal de la reconstrucción del pie es proveer una cobertura adecuada de tejido blando y restaurar su funcionalidad, especialmente en el talón en donde se debe recuperar la función de zona de apoyo y

restaurar un patrón de marcha normal. Esta zona especializada provee un sistema de amortiguación extremadamente eficiente que soporta altas presiones y traumatismos repetitivos. Por la singularidad de la zona, continúa siendo en la actualidad un desafío constante para el cirujano reconstructivo.¹

Descrito hace más de treinta años,² el colgajo plantar medial sensibilizado en isla (CPM) ha sido utilizado cada vez más para la reconstrucción de defectos de la planta del pie. El enfoque de este colgajo ejemplifica el principio fundamental reconstructivo de reemplazar tejido con tejido de características anatómicas y funcionales similares.

1. Postgrado de Cirugía Plástica y Reparadora. Universidad del Salvador. CABA, Rep. Argentina.

2. Cirujano Plástico. Miembro Titular de la Sociedad Argentina de Cirugía Plástica, Estética y Reparadora. Médico staff del Servicio de Cirugía Plástica del Hospital Churrucá-Visca. CABA, Rep. Argentina.



Figura 1. Caso 1. Defecto en talón izquierdo post biopsia excisional de melanoma acrolentiginoso.



Figura 2. Caso 1. Marcación preoperatoria. Ver detalles en técnica quirúrgica.



Figura 3. Caso 1. Elevación de colgajo y sus estructuras anatómicas. FCD: flexor corto de los dedos. MAH: músculo abductor del hallux.



Figura 4. Caso 1. Posoperatorio inmediato.

El objetivo de este trabajo es la presentación de dos casos clínicos en los cuales se utilizó el colgajo plantar medial para la reconstrucción del talón, describir la anatomía de la región, la técnica quirúrgica, sus complicaciones, modificaciones y conceptos actuales del colgajo.

CASO 1

Paciente masculino de 64 años, sin comorbilidades, con diagnóstico de melanoma acrolentiginoso en el talón izquierdo, presenta un espesor de Breslow de 1,8 mm, diagnosticado por biopsia excisional de lesión pigmentada. Se realizó la resección del tumor con 2 cm de márgenes quedando un defecto de 5 × 5 cm (**Figuras 1 a 5**).

CASO 2

Paciente masculino de 48 años, con antecedente de hipertensión arterial controlada, quien presentaba un diagnóstico de melanoma acrolentiginoso en el talón del pie izquierdo, con espesor de Breslow de 2,1 mm. Se le realizó una resección con 2 cm de márgenes del tumor dejando un defecto de 6 × 6 cm.

A ambos pacientes se les realiza la búsqueda del ganglio centinela, que resulta negativo. Los defectos fueron reconstruidos con un colgajo plantar medial sensibilizado en isla. En el área dadora se les colocó un injerto de piel total inguinal contralateral. El paciente del caso 2 presentó una complicación menor en el injerto del área da-



Figura 5. Caso 1. Posoperatorio tardío.

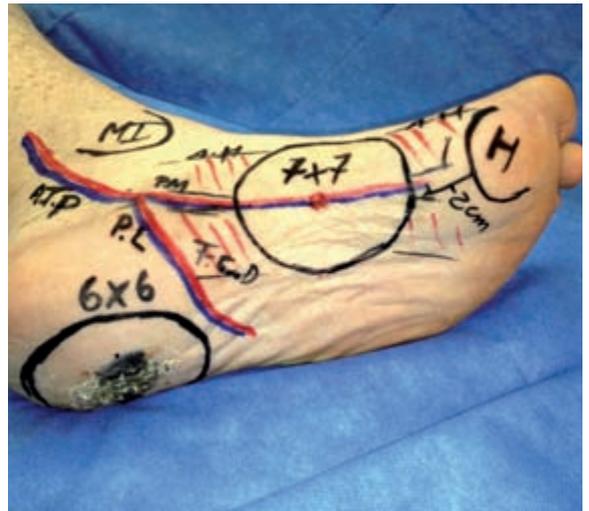


Figura 6. Caso 2. Marcación preoperatoria. Ver detalles en técnica quirúrgica.



Figura 7. Caso 2. Elevación del colgajo y sus estructuras anatómicas. FCB: flexor corto de los dedos. MAH: músculo abductor del hallux. NPDC: nervio plantar digital común. NPMS: nervio plantar medial superficial.

dora, la cual fue resuelta mediante curaciones. Ambos pacientes evolucionaron favorablemente recuperando la marcha y apoyo total a las 8 semanas posoperatorias; a la vez refirieron correcta sensibilidad ubicándola al principio en el lugar de origen del colgajo (**Figuras 1 a 9**)

TÉCNICA QUIRÚRGICA

Después de la realización de estudios preoperatorios adecuados, el paciente es llevado al quirófano y colocado en decúbito supino. Se coloca el miembro en rotación externa y se procede con la ayuda de un Doppler a realizar la marcación de la APM, en un trayecto curvi-



Figura 8. Caso 2. Posoperatorio inmediato.

líneo aproximadamente a 1 cm posterior al maléolo interno en dirección al primer espacio de web. Se verifica el flujo de las arterias pedia dorsal, tibial anterior y tibial posterior. Se talla la forma y el tamaño del defecto y se transpone hacia la RPM. La arteria debe de situarse en medio de la marcación del colgajo.

El punto pivote del CPM se encuentra lo más proximal posible a la bifurcación de la ATP. Bajo anestesia general, se coloca un torniquete con manguito neumático o venda de smarch sin vaciamiento, para disminuir el sangrado, detectar los pequeños vasos y poder así, mejorar la disección. Se realiza la preparación del área receptora, mediante el desbridamiento o resección tumoral con sus adecuados márgenes, según sea el caso. Se incide la piel y la disección comienza distal y medialmente, con la localización del MAH aproximadamente a 1 cm de la ca-



Figura 9. Caso 2. Posoperatorio tardío.

beza del metatarsiano. Se identifica la APM y el paquete vasculonervioso en medio del MAH y el FCD. Una vez identificada la APM, se procede a ligarla y seccionarla. Al realizar la disección lateral, se identifica la fascia plantar, la cual es seccionada distalmente y elevada en conjunto con la isla de piel realizando una disección subfasial en dirección al calcáneo.

Durante la disección, varios fascículos nerviosos se identificarán y serán cuidadosamente preservados para aportar sensibilidad al colgajo (**Figura 7**). La disección se continúa proximalmente hasta que el colgajo este unido únicamente por el pedículo vasculonervioso y alcance un punto en que pueda ser transpuesto sin tensión y poder cubrir el defecto. Se realiza un socavado *undermining* de la piel en el trayecto del pedículo, para facilitar el cierre.

El MAH puede ser desinsertado o seccionado para obtener mayor longitud del pedículo. Se coloca un drenaje tipo Penrose por debajo del colgajo y este último es fijado con suturas en el área receptora. En el área dadora se coloca un injerto de piel parcial o total. Se coloca una curación y vendaje de manera que no provoque tensión sobre el pedículo ni el colgajo. El área injertada se maneja de manera convencional.^{3,4}

El paciente se mantiene en reposo absoluto, con la elevación del miembro y anticoagulación profiláctica durante 3 días. El apoyo parcial del miembro empieza en las próximas 3 semanas.

Si no existieran complicaciones mayores, después de las 6 a 8 semanas, el paciente puede realizar cualquier actividad física, como lo presentaron los pacientes descritos.

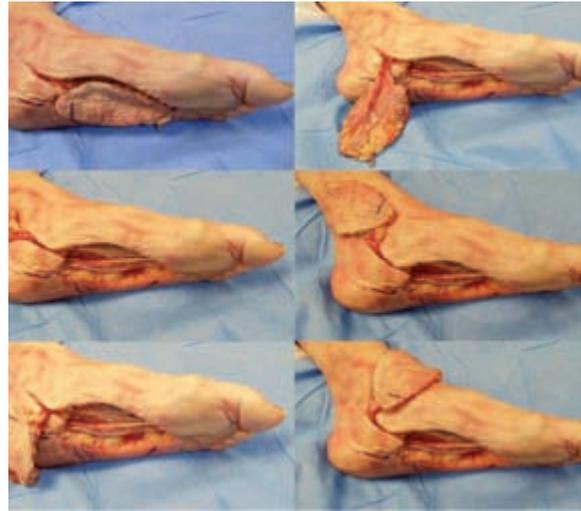


Figura 10. Disección cadavérica realizada por los autores. Se evidencia el arco de rotación del colgajo plantar medial para la cobertura de los defectos de la zona.

Es conveniente la utilización de magnificación ocular para facilitar la disección. Para familiarizarse con la anatomía y así poder mejorar la habilidad quirúrgica, el cirujano en formación puede realizar la disección de este colgajo perfectamente en especímenes cadavéricos (**Figura 10**).

DISCUSIÓN

La reconstrucción de las partes blandas en los defectos del pie es crítica para restablecer la integridad de la piel, para que así, las estructuras profundas expuestas sean protegidas del ambiente y del trauma de la ambulación. Las etiologías más frecuentes son úlceras en pacientes diabéticos, lesiones traumáticas con sus secuelas, resecciones tumorales y úlceras por presión.⁵ Las opciones terapéuticas van desde los injertos de piel con o sin el uso de presión negativa controlada,^{6,7} colgajos locales, colgajos pediculados,^{8,9} hasta los colgajos libres.^{1,2} La selección del método de reconstrucción es basada principalmente en el estado de la herida, el tamaño y la topografía de la misma, comorbilidades asociadas, vascularidad, sensibilidad, exposición o pérdida ósea, el estado del tendón de Aquiles y las necesidades funcionales de cada paciente.⁹

La planta del pie está dividida en la zona de apoyo (talón, región plantar lateral o RPL y antepié) y la zona de no apoyo (región plantar medial o RPM) (**Figura 11**). El talón juega un rol muy importante en la marcha normal del ser humano. En una marcha lenta, el talón soporta del 85 al 115% del peso corporal to-

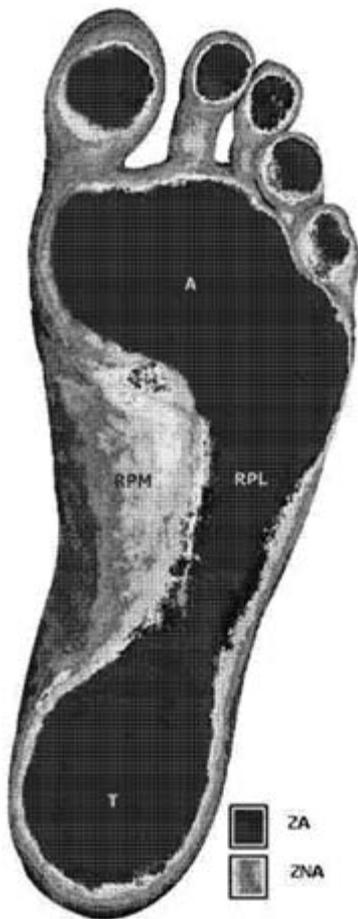


Figura 11. Planta del pie izquierdo. ZA: zona de apoyo. ZNA: zona de no apoyo. RPM: región plantar medial. RPL: región plantar lateral. A: antepié. T: talón.

tal en la fase de apoyo y al correr puede llegar a soportar hasta el 260%.¹⁰ Esto es debido principalmente porque la epidermis y dermis son más gruesas que en otras áreas y además porque existe la presencia de septos fibrosos penetrantes que conectan la piel con la aponeurosis profunda, los cuales evitan el cizallamiento. Intercalados en estos septos, existen compartimientos dispersos de tejido graso que funcionan como amortiguadores del peso.^{11,12} Por consiguiente, las opciones ideales reconstructivas de esta área deben brindar características similares.

La RPM que forma parte de la zona de no apoyo, se localiza entre el talón y el antepié. La piel y la fascia en esta región, proveen un tejido glabro y grueso, el cual es apto para la reconstrucción de los defectos plantares. Mir y Mir¹³ en 1954 describieron por primera vez la utilización de este tejido en colgajos cruzados. Subsecuentemente se fueron desarrollando técnicas de colgajos locales como el colgajo de rotación, el colgajo de transposición y el col-



Figura 12. Anatomía de la planta del pie vista medial. ATA: arteria tibial anterior. ATP: arteria tibial posterior. APL: arteria plantar lateral. APM: arteria plantar medial. APMS: arteria plantar medial superficial. APP: arco plantar profundo. H: hallux. MAH: músculo abductor del hallux. FCD: flexor corto de los dedos. NPM: nervio plantar medial.



Figura 13. Anatomía de la planta del pie vista inferior. ATA: arteria tibial anterior. ATP: arteria tibial posterior. APL: arteria plantar lateral. APM: arteria plantar medial. APMS: arteria plantar medial superficial. APP: arco plantar profundo. H: hallux. MAH: músculo abductor del hallux. FCD: flexor corto de los dedos. NPM: nervio plantar medial.

gajo de avance en "V-Y".¹⁴ Shanahan y Gingrass¹⁵ reportaron la preservación del nervio plantar medial (NPM) para mantener la sensibilidad en el colgajo y se les atribuye a Harrison y Morgan en 1981, como los primeros en describir su casuística utilizando el colgajo plantar medial en isla sensibilizado (CPM) para la reconstrucción del talón.² Morrison, dos años después, describe la utilización de este colgajo en su forma libre.¹⁶

El CPM es un colgajo fasciocutáneo tipo C según Cormack y Lamberty¹⁷ que es irrigado principalmente por las perforantes de la arteria plantar medial (APM) (Figuras 12 y 13). La APM es rama terminal de la arteria tibial posterior (ATP) que se bifurca justo por debajo del músculo abductor del Hallux (MAH). La APM continúa su trayecto en medio del MAH y el flexor corto de los dedos (FCD), hasta alcanzar la primera arteria plantar metatarsiana justo medial al primer metatarsiano. Al igual que en la mano, existe un aporte vascular doble hacia las estructuras distales irrigadas por las arterias metatarsianas provenientes del arco plantar profundo, cuyo aporte principal es dado por la arteria plantar lateral. Esto le brinda un margen de seguridad a estas estructuras a la hora de la utilización del CPM.^{11,12} Acompañando a la arteria se encuentra el NPM, que a través de sus ramas cutáneas sensitivas le aporta sensibilidad al colgajo.^{2,15} Este trayecto vasculonervioso delimita el eje del territorio sobre la RPM para la marcación del CPM. El tamaño promedio del CPM en un adulto es de 7x10 cm y es muy importante no traspasar estas dimensiones ya que se estaría violando el área de no apoyo. Si fuera necesaria mayor cantidad de tejido para la reconstrucción o la herida es muy compleja, la primera elección son los colgajos libres musculares con injerto de piel.^{18,19} La longitud del pedículo puede llegar hasta 5 cm de largo, pudiendo en algunos casos extenderlo mediante la desinserción o sección del músculo MAH.²⁰ El área dadora es resuelta mediante la colocación de un injerto de piel de espesor parcial o total.

INDICACIONES

El CPM pediculado está indicado primordialmente cuando existen defectos de tejidos blandos de mediano tamaño en el talón, región plantar lateral, maléolo interno, parte anterior del tobillo, y en casos seleccionados la parte más distal del tendón de Aquiles^{4,21} (Figura 10).

MODIFICACIONES

Existen descritas modificaciones del pedículo arterial para obtener un mayor arco de rotación y que el colgajo pueda alcanzar la parte distal del pie, pulpejos y región dorsal del antepié. Una de ellas es incorporando al pedí-

culo la APL o procedimiento en “Y-V”²⁰ y la otra es la de realizar el CPM a flujo reverso ligando proximalmente la APM.²¹ Para prevenir la congestión venosa y supercargar el colgajo, está reportada la anastomosis de la vena plantar medial a la primera vena plantar digital.²² Para estas técnicas se modifica la irrigación del pie y dependen de que no existan alteraciones vasculares previas.

Cuando el colgajo es realizado en su versión libre, ha sido utilizado para la reconstrucción de defectos en el pie contralateral^{2,23} y en la mano²⁴, en donde ha brindado buenos resultados estéticos y funcionales. El MAH puede transponerse en conjunto con el CPM cuando es necesario el relleno de espacio muerto a nivel del calcáneo.²⁵ Con estas modificaciones podemos observar la gran versatilidad que ha adquirido este colgajo con el transcurso del tiempo.

COMPLICACIONES

Según la literatura, las complicaciones mayores son muy raras cuando se utiliza este colgajo para la reconstrucción del talón. En un estudio multicéntrico publicado con 51 colgajos realizados, 25 reportaron un 98% de supervivencia del mismo. En otras series con menos cantidad de pacientes se han alcanzado 96 y 100% de éxito.^{26,27} Las complicaciones mayores reportadas o recidivas de las úlceras han sido descritas en pacientes con patologías crónicas y comorbilidades asociadas como diabetes mellitus y otras vasculopatías. En los dos casos presentados en este trabajo, no hubo ninguna complicación mayor. Otras publicaciones reportan complicaciones menores relacionadas con el injerto de piel, el defecto del área dadora y las alteraciones parciales de la sensibilidad.^{3,28} Todo esto nos indica que el CPM provee estabilidad en el tiempo y robustez en las áreas reconstruidas.

CONCLUSIONES

El colgajo plantar medial sensibilizado en isla dado sus características anatómicas, versatilidad, aporte de sensibilidad, baja tasa de complicaciones mayores, estabilidad y robustez, es una sofisticada opción para ser añadida en el armamentario del cirujano, siendo en la actualidad el tratamiento de primera elección para la reconstrucción del talón en pacientes con defectos de mediano tamaño, con enfermedad localizada y aporte vascular intacto.

BIBLIOGRAFÍA

1. May JW, Rohrich RJ. Foot reconstruction using free microvascular muscle flaps with skin grafts. *Clin Plast Surg* 13:681-689, 1986.
2. Harrison DH, Morgan DG. The instep island flap to resurface plantar defects. *Br J Plast Surg*. 1981;34:315-318.
3. Mourougayan V. Medial plantar artery (instep flap) flap. *Ann Plast Surg* 56:160-163, 2006.
4. Acickel C, Celikoz B, Yuksel F, et al. Various applications of the medial plantar flap to cover the defects of the plantar foot, posterior heel, and ankle. *Ann Plast Surg* 50:498-503, 2003.
5. Hong JP, Kim EK. Sole reconstruction using anterolateral thigh perforator free flaps. *Plast Reconstr Surg* 2007; 119: 186-193.
6. Sommerland BC, Mcgrouther DA. Resurfacing the sole: Long-term follow-up and comparison of techniques. *Br J Plast Surg* 31:107-116, 1978.
7. Wu LC, Gottlieb LJ. Glabrous dermal grafting: A 12-year experience with the functional and aesthetic restoration of palmar and plantar skin defects: *Plast Reconstr Surg* 2005; 116: 1679-1685.
8. Irons GB, Verheyden CN, Peterson HA. Experience with the ipsilateral thigh flap for closure of heel defects in children. *Plast Reconstr Surg* 70:561-568, 1982.
9. El-Shazly M, Yassin O, Kamal A, et al. Soft tissue defects of the heel. A surgical reconstruction algorithm based on a retrospective cohort study. *J Foot Ankle Surg* 47:145-152, 2008.
10. Folman Y, Wosk J, Volshin A, et al. Cyclic impacts on heel strike: a possible biomechanical factor in the etiology of a degenerative disease of the human locomotor system. *Arch Orthop Trauma surg* 104:363-365, 1986.
11. Hidalgo DA, Shaw WW. Anatomic basis of plantar flap design. *Plast Reconstr Surg* 78:627-636, 1986.
12. Shaw WW, Hidalgo DA. Anatomic basis of plantar flap design: clinical applications. *Plast Reconstr Surg* 78:637-649, 1986.
13. Mir y Mir L. Functional graft of the heel. *Plast Reconstr Surg* 14:444-450, 1954.
14. Roblin P, Healy CM. Heel reconstruction with a medial plantar V-Y flap. *Plast Reconstr Surg* 119: 927-932, 2007.
15. Shanahan RE, Gingrass RP. Medial plantar sensory flap for coverage of heel defects. *Plast Reconstr Surg* 81:579-589, 1979.
16. Morrisson WA, Crabb DM, O'Brien BM, et al. The instep of the foot as a fasciocutaneous island and as a free flap for heel defects: *Plast Reconstr Surg* 72:56-65, 1983.
17. Cormack GC, Lamberty BG. A classification of fascio-cutaneous flaps according to their patterns of vascularisation. *Br J Plast Surg. Jan* 1984;37(1):80-7.
18. Ulsal AE, Lin CH, Lin YT, et al. The use of free flaps in the management of type IIIb open calcaneal fractures. *Plast Reconstr Surg* 121:2010-2019, 2008.
19. May JW Jr, Halls MJ, Simon SR. Free microvascular muscle flaps with skin graft reconstruction of extensive defects of the foot: a clinical and gait analysis study. *Plast Reconstr Surg* 75:627-641, 1985.
20. Martin D, Baude J, Gorowitz B, et al. Medial plantar flap. En Strauch B, Vasconez LO, Hall Findlay EJ, et al, eds. *Grabb's Encyclopedia of Flaps*, vol III, 3rd ed: Torso, Pelvis and Lower Extremities. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2008.
21. Baker GL, Newton ED, Franklin JD. Fasciocutaneous island flap based on the medial plantar artery: clinical applications for leg, ankle and forefoot. *Plast Reconstr Surg* 85:47-58; discussion 59-60, 1990.
22. Uygur F, Duman h, Ulkur E, et al. Reconstruction of distal forefoot burn defect with retrograde medial plantar flap. *Burns* 34:262-267, 2008.
23. Oh SJ, Moon M, Cha J, et al. Weight-bearing plantar reconstruction using versatile medial plantar sensate flap. *J Plast Reconstr Aesthet Surg* 64:248-254, 2010.
24. Sekiguchi J, Kajiyama k, Kobayashi S. Application of the free medial plantar fasciocutaneous sensory flap to the hand. *J Jpn Soc Surg Hand* 1:705-708, 1984.
25. Schwabegger AH, Shafiqhi M, Gurunluoglu R. Versatility of the abductor hallucis muscle as a conjoined or distally-based flap. *J Trauma* 59:1007-1011, 2005.
26. Schwarz RJ, Negrini JF. Medial Plantar artery island flap for heel reconstruction. *Ann Plast Surg* 57:658-661, 2006.
27. Rashid m, Hussain SS, Aslam R, et al. A comparison of two fasciocutaneous flaps in the reconstruction of defects of the weight-bearing heel. *J Coll Physicians Surg pak* 13:216-218, 2003.
28. Gravem PE. Heel ulcer in leprosy treated with fasciocutaneous island flap from the instep of the sole. *Scand J Plast Reconstr Surg Hand Surg* 25:155-160, 1991.
29. Wan DC, Gabbay J, Levi B, et al. Quality of innervation in sensate medial plantar flaps for heel reconstruction. *Plast Reconstr Surg* 127: 723-730.

DISMORFIA DE GENITALES EXTERNOS EN LA POBLACIÓN PEDIÁTRICA

Paulina Iwanyk¹, Guillermo Tohus², María Eugenia Salto³

RESUMEN

El procedimiento estético más común de los genitales femeninos es la reducción de los labios menores (labioplastia). Cada vez son más las niñas y mujeres jóvenes que prestan especial atención a la apariencia estética de sus genitales externos. La causa más común de hipertrofia es probablemente la congénita. Las mujeres afectadas habitualmente sufren vergüenza social y preocupación estética. Existen numerosas técnicas para la corrección quirúrgica en la literatura médica, aunque ningún método es superior a otro.

Se presentan dos casos de dismorfia de labios menores en adolescentes. En un caso, de dismorfia congénita, se utilizó la técnica de reducción en ancho y en largo mediante desepitelización y resección en cuña inferior. Esta asociación proporciona un cierre libre de tensión y asegura una vascularización adecuada del borde del colgajo superior, lo que disminuiría el riesgo de dehiscencia de herida. En el otro caso, secuela de trauma, se reimplantó el labio afectado con resección del tercio distal del mismo. En ambas pacientes los resultados estéticos fueron satisfactorios.

SUMMARY

The most common cosmetic procedure of the female genitalia is the labia minora reduction (labiaplasty). There are more and more girls and young women, with special attention to the aesthetic appearance of their external genitalia. The most common cause of hypertrophy is likely to be congenital. Affected women usually suffer social shame and aesthetic concerns. There are numerous techniques for surgical correction in the medical literature, although no method is superior to another.

Two cases of a minor dysmorphic teen lips are presented. In one case, a congenital dysmorphic, we used the reduction technique in width and in length by epithelialization and lower wedge resection. This partnership provides tension-free closure and ensures proper vascularization of the upper edge flap, which would reduce the risk wound dehiscence. In the other case, sequel to trauma, the affected lip were treated with resection of the distal portion. In both patients the aesthetic results were satisfactory.

INTRODUCCIÓN

El procedimiento estético más común de los genitales femeninos es la reducción de los labios menores (labioplastia).¹ Cada vez son más las niñas y mujeres jóvenes que prestan especial atención a la apariencia estética de sus genitales externos.² Las mujeres han tomado más conocimiento sobre las diferencias en los genitales como resultado de fotografías y películas además de la aceptación de la depilación en dicha región. La mayoría considera como ideal estético a los labios menores y capuchón del clítoris que no protruyen los labios mayores aunque el criterio estético varía individualmente.¹

1. Jefa Cirugía Plástica Pediátrica. Directora de la Carrera de Médico Especialista en Cirugía Plástica Reconstructiva Infantil y Craneofacial. Universidad de Buenos Aires, sede Hospital Italiano de Buenos Aires.

2. Médico de Planta Cirugía Plástica Pediátrica. Subdirector de la Carrera de Médico Especialista en Cirugía Plástica Reconstructiva Infantil y Craneofacial. Universidad de Buenos Aires, sede Hospital Italiano de Buenos Aires.

3. Médica de 2º año de la Carrera de Especialista en Cirugía Plástica, Estética y Reparadora. Universidad de Buenos Aires, sede Hospital Italiano de Buenos Aires.

Cirugía Plástica Pediátrica, Departamento de Pediatría, Hospital Italiano de Buenos Aires. CABA, Rep. Argentina.

Correspondencia: paulina.iwanyk@hospitalitaliano.org.ar | guillermo.tohus@hospitalitaliano.org.ar | Tel.: 4959-0804 (Secretaría Cirugía Plástica Pediátrica, Hospital Italiano de Buenos Aires).



Figuras 1 y 2. Hipertrofia de labios menores, nótese asimetría a predominio izquierdo.



Figuras 3 y 4. Posoperatorio inmediato con técnica de desepitelización y resección en cuña.

La hipertrofia de labios menores puede ser congénita o adquirida, puede estar asociada a desbalance hormonal, “manipulación excesiva”, irritación crónica, incontinencia urinaria y mielodisplasia.¹⁻⁴ Probablemente, la causa más común de hipertrofia es la congénita.¹

Las mujeres afectadas habitualmente sufren vergüenza social y preocupación estética. Si los labios menores están aumentados o desiguales en tamaño, se sienten deformes o anormales con pérdida de autoestima, siendo que la protrusión de los labios menores, a través de los mayores, es considerada estéticamente inaceptable.⁷ Sin embargo, la mayoría de las mujeres refieren, también, limitaciones funcionales.³ Éstas incluyen irritación crónica, higiene deficiente, dificultad para realizar cateterización intermitente, interferencia en las relaciones sexuales y en otras actividades, tales como andar en bicicleta.²

Originalmente descrita como una protuberancia de tejido que se proyecta más allá de los labios mayores, no hay consenso entre ginecólogos, cirujanos plásticos o pediatras respecto al criterio clínico para confirmar el diagnóstico.

En 1983, Friedrich definió la hipertrofia de labios menores cuando la máxima distancia entre el borde interno y lateral del labio es mayor de 5 cm.⁵ Franco clasificó la hipertrofia de labios menores, con un rango que va del tipo 1 al 4 en progresión con el ancho del labio, siendo el **tipo 1**: ancho <2 cm; **tipo 2**: ancho 2-4 cm; **tipo 3**: ancho 4-6 cm y el **tipo 4**: ancho >6 cm.³

El número de procedimientos para la reducción de labios menores continúa aumentando a una tasa anual del 20%.³



Figura 5 y 6. Dismorfia izquierda postraumática.



Figuras 7 y 8. Posoperatorio a distancia.

La corrección quirúrgica de la dismorfia de los labios debe ser una opción para aquellas pacientes en que la preocupación estética influye en su bienestar psicológico y social.⁸ La edad sugerida es de 16 a 18 años, para evitar una recidiva producto del crecimiento y desarrollo, y por lo tanto un segundo procedimiento. Aunque es considerada una variante anatómica, esta puede afectar tanto a algunas adolescentes, que están inseguras con su imagen corporal, que puede adelantarse la edad de la cirugía.⁹

A pesar de las numerosas técnicas descriptas en la literatura médica, ningún método es superior a otro, quizás debido a la amplia variación, tanto en el tamaño de los labios como de los objetivos estéticos, cada procedimiento tiene sus propias ventajas y desventajas.^{3,10} Se presentan dos casos de dismorfia de labios me-

nores tratados en Cirugía Plástica Pediátrica del Departamento de Pediatría del Hospital Italiano de Buenos Aires.

REPORTE DE CASOS

Caso 1

Mujer de 17 años derivada a Cirugía Plástica por el Servicio de Ginecología por hipertrofia de labios menores. La paciente refiere que comenzó a notar el agrandamiento a los 11 años, edad de su menarca (**Figuras 1 y 2**). Sexualmente activa desde los 16 años, comenzó con ardor, dolor y molestias con el uso de cierta vestimenta y con el ejercicio físico. Presenta estudios hormonales y examen ginecológi-

co normal con hipertrofia de labios menores asimétrica a predominio izquierdo. Se decide labioplastia bajo anestesia general. El tejido redundante se reseca mediante técnica de desepitelización de ambos lados del labio superior y resección en cuña inferior (**Figuras 3 y 4**). No hubo complicaciones en el posoperatorio inmediato ni alejado. La paciente se muestra muy satisfecha con los resultados estéticos y funcionales obtenidos ya que refiere mejoría de los síntomas.

Caso 2

Niña de 11 años, derivada a Cirugía Plástica por su Pediatra por presentar dismorfia unilateral del labio menor izquierdo (**Figuras 5 y 6**). Antecedente de traumatismo a los 6 años por caída a horcajadas en la bicicleta, que no recibió ningún tratamiento. La paciente refiere incomodidad al usar cierta vestimenta y angustia por sentimiento de anormalidad. Sin otros hallazgos patológicos, se decide el procedimiento quirúrgico. Se realiza la reimplantación del labio afectado resecaando el tercio distal para lograr la simetrización con el lado contralateral. El resultado a distancia muestra la simetría lograda (**Figuras 7 y 8**).

DISCUSIÓN

La hipertrofia de labios menores puede aparecer a cualquier edad, aunque se ha observado una mayor incidencia en mujeres menores de 20 años; puede ser uni- o bilateral, simétrica o asimétrica, esta última es la más frecuente.¹¹ Diferentes métodos para la reducción de labios menores han sido reportados, la mayoría de ellos diseñados para lograr ninfas más pequeñas y no siempre con un resultado funcional y estético satisfactorio.¹²

Paralelamente al incremento de mujeres que solicitan cirugía estética de los genitales, el número de técnicas de labioplastia ha aumentado.³ La simple escisión del tejido excedente deja una cicatriz, a lo largo del nuevo borde del labio, que puede ser frágil y rígida, produciendo irritación local y molestias durante actividades físicas.^{2,10,12} Mass and Hage describieron la técnica en zig-zag con una resección en forma de W con sutura interdigitada, y Felicio desarrolló una técnica con incisión en S para resolver el problema de la cicatriz contráctil

en el diámetro longitudinal y transversal, aunque agravan los cambios de color en los bordes de los labios.¹⁰

La técnica de escisión central de Alter reduce el tejido protruberante, pero deja una cicatriz evidente desde la base hasta el borde y cambios abruptos de color desde la porción anterior hasta la posterior.² Giraldo desarrolló una variación de la técnica de escisión central, en donde la resección en cuña central es removida con una z-plastia de 90 grados para prevenir el estrechamiento del introito vaginal.¹ Rousier describió una técnica de escisión en cuña central y posterior, que deja un colgajo anterior para constituir el labio menor. Este método deja una cicatriz menos visible, pero requiere que la irrigación central no se afecte, ya que puede producir linfedema o necrosis del colgajo.²

Choi y Kim desarrollaron una técnica en la que la mucosa del lado medial y la piel lateral del labio son resecaadas y suturadas. Esto reduce la protrusión del labio y mantiene el borde normal; sin embargo, no disminuye el largo y puede resultar en un labio redundante.¹ Este método es menos apropiado para pacientes con hipertrofia de 4-6 cm o más debido a la imposibilidad de reducir completamente el volumen del labio.² Munhoz desarrolló una técnica de reducción en cuña inferior y reconstrucción con colgajo a pedículo superior. El avance del colgajo superior puede dejar un labio voluminoso ya que el tejido lateral excedente del capuchón del clítoris es avanzado posteriormente.¹

En la técnica de desepitelización, la piel lateral y mucosa del lado medial del labio se resecan y suturan. Esta técnica permite la preservación de los bordes del labio, reduciendo el ancho pero falla en la corrección del largo, produciendo un borde redundante y festoneado, por lo que se indica solo en casos moderados. Cuando se asocia a la resección de una pequeña cuña del borde inferior, para reducir también el largo del labio, supera dicha limitación.¹²

La principal ventaja de la técnica usada debe incluir reproducibilidad, baja interferencia con la función psicológica y resultados a largo plazo. La técnica de desepitelización y resección en cuña inferior provee un cierre libre de tensión y asegura una vascularización adecuada a los bordes del colgajo superior, lo que disminuiría el riesgo de dehiscencia. Obtiene también excelentes resultados estéticos, preservando el borde del labio y evitando una apariencia festoneada.¹²

BIBLIOGRAFÍA

1. Alter GJ. Aesthetic Labia Minora and Clitoral Hood Reduction Using Extended Central Wedge Resection. *Past Resconstr Surg* 2008 May; 122:1780-1789.
2. Cao YJ, Li FY, Li SK, Zhou CD, Hu JT, Ding J, Xie LH, Li Q. A modified method of labia minora reduction: the de-epithelialised reduction of the central and posterior labia minora. *Journal of Plastic, Reconstructive and Aesthetic Surgery* 2012;65:1096-1102.
3. Ellsworth WA, Rizvi M, Lypka M, Gaon M, Smith B, Cohen B, Dinh T. Techniques for labia minora reduction: an algorithmic approach. *Aesth Plast Surg* 2010;34:105-110.
4. Marín JM, Guerra S, Cuesta C, Martínez Etayo M, Arina R, Lete I. Hipertrofia de labios menores de vulva: reducción con plastia en Z. *Prog Obstet Ginecol*. 2012. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pog.2012.06.014>.
5. Reddy J, Laufer MR. Hypertrophic labia minora. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2010;23:3-6.
6. Felicio Y. Labial surgery. *Aesthetic Surg J* 2007;27:322-328.
7. Choi HY, Kim KT. A new method for aesthetic reduction of labia minora (the deepithelialized reduction labioplasty). *Plast Reconstr Surg* 2000;105:419-422.
8. Maas SM, Hage JJ. Functional and aesthetic labia minora reduction. *Plast Reconstr Surg* 2000;105(4):1453-1456.
9. López Olmos J. Hipertrofia de labios menores y/o asimetría: petición de resección, ¿casualidad o moda? Estudio de dos períodos, 1994-2007 y 2008-2010. *Clin Invest Gin Obst* 2012. doi: 10.1016/j.gine.2011.11.001.
10. Solanki NS, Tejero-Trujeque R, Stevens-King A, Malata CM. Aesthetic and functional reduction of the labia minora using the Maas and Hage technique. *Journal of Plastic, Reconstructive and Aesthetic Surgery* 2010;63:1181-1185.
11. Rodríguez Sanjuán S, Torres de Aguirre A, Enríquez Zarabozo E, Ayuso Velasco R, Santamaría Ossorio JI. Hipertrofia de labios menores en la pubertad. *Cir Pediatr* 2009;22:109-111.
12. Mayer HF, Elizalde ML, Duh N, Loustau HD. Bidimensional labia minora reduction. *Eur J Plast Surg* 2011;34:345-350.

DESGARRO COMPLETO TRAUMÁTICO DEL MÚSCULO PECTORAL MAYOR (M. PECTORALIS MAJOR, TA)

Ernesto Moretti¹, Yamil Eid Caballero², Carolina Ramacciotti², Hernán Palacios², Luis Londoño²

RESUMEN

Se presenta un caso de desgarro completo del músculo pectoral mayor (m. pectoralis major, TA) en un paciente fisicoculturista durante su ejercicio en banca fija. Se procedió a reconstruir en 2 etapas. Primera etapa: se colocó toxina botulínica (200 UI). Segunda etapa: a los 21 días se procedió a la reparación quirúrgica de la zona con la colocación de malla de doble capa (polipropileno y politetrafluoroetileno). Se obtuvo excelente recuperación funcional y estética.

Palabras claves: rotura de pectoral mayor, toxina botulínica, malla de reemplazo.

SUMMARY

A case of complete rupture of the pectoralis major muscle (m. pectoralis major, TA) in a bodybuilder patient during the exercise is presented. We carry out the reconstruction in 2 steps. First step: botulinum toxin (200 UI) in the muscle was injected. Second step: 21 days post-injections we done a surgical repair with placing a double layer mesh (polypropylene and polytetrafluoroethylene mesh). Excellent functional and aesthetic recovery was obtained.

Keywords: rupture of the pectoralis major, botulinum toxin, mesh replacement.

INTRODUCCIÓN

La avulsión del pectoral mayor es una lesión muy poco frecuente. El primer caso fue publicado en 1822 por Patissier¹ y desde entonces no más de 130 casos fueron reportados en la literatura médica.

Se produce mayormente en deportistas de alto rendimiento o en fisicoculturistas, por un movimiento brusco de contracción excéntrica con el hombro en abducción y rotación externa.²

El objetivo del presente trabajo es presentar un caso

con rotura completa del pectoral mayor (*m. pectoralis major*, TA) en su cuerpo muscular, su tratamiento y la resolución del problema con restitución *ad-integrum* tanto funcional como estética.

MATERIAL Y MÉTODOS

En el año 2013 se presentó a la consulta un paciente de 30 años, sexo masculino, derivado del Servicio de Cirugía Torácica con diagnóstico de desgarro completo del músculo pectoral mayor izquierdo (*m. pectoralis major*, TA).

Refiere el paciente que durante su actividad deportiva en el gimnasio, hace 6 meses, presentó un desplazamiento de las pesas mientras realizaba ejercicios en banca plana. Esto provocó la rotación externa del brazo y hombro izquierdo con inmediato dolor y formación de hematoma en la zona del tercio externo con los dos tercios in-

1. Jefe del Servicio de Cirugía Plástica y Maxilofacial, Estética y Reparadora.
2. Médicos Residentes.

Servicio de Cirugía Plástica y Maxilofacial del Sanatorio Los Arroyos. Rosario, Rep. Argentina.
Servicio Universitario acreditado por la Universidad Abierta Interamericana, sede Rosario.



Figuras 1, 2, 3. Imágenes preoperatorias: distorsión de los haces del pectoral mayor durante la contracción.



Figura 4. Colocación de 200 UI de toxina botulínica en los haces del pectoral mayor para relajar musculatura en forma química prequirúrgica.

ternos del pectoral mayor izquierdo. El paciente fue evaluado por el Servicio de Traumatología donde se le indicó hielo local así como analgésicos-antiinflamatorios. A los 2 meses del trauma, se le realizaron estudios ecográficos donde se demostró la sección del pectoral mayor izquierdo. Durante los siguientes 4 meses el paciente fue controlado por Traumatología y Cirugía de Tórax, y ante la deformación estética debida a la contracción del músculo, fue derivado a nuestro Servicio para eventual resolución quirúrgica (Figuras 1, 2 y 3).

En la decisión quirúrgica se tomó en cuenta la edad, la actividad física del paciente (deportista de alto rendimiento - fisiculturismo) y el deseo por regresar a su aspecto físico previo al trauma. El plan de tratamiento fue dividido en 2 etapas: primera etapa se planificó

la relajación del músculo pectoral y en la segunda etapa se ideó la reparación de los cabos seccionados del pectoral con el soporte de una malla de refuerzo interna.

Técnica quirúrgica

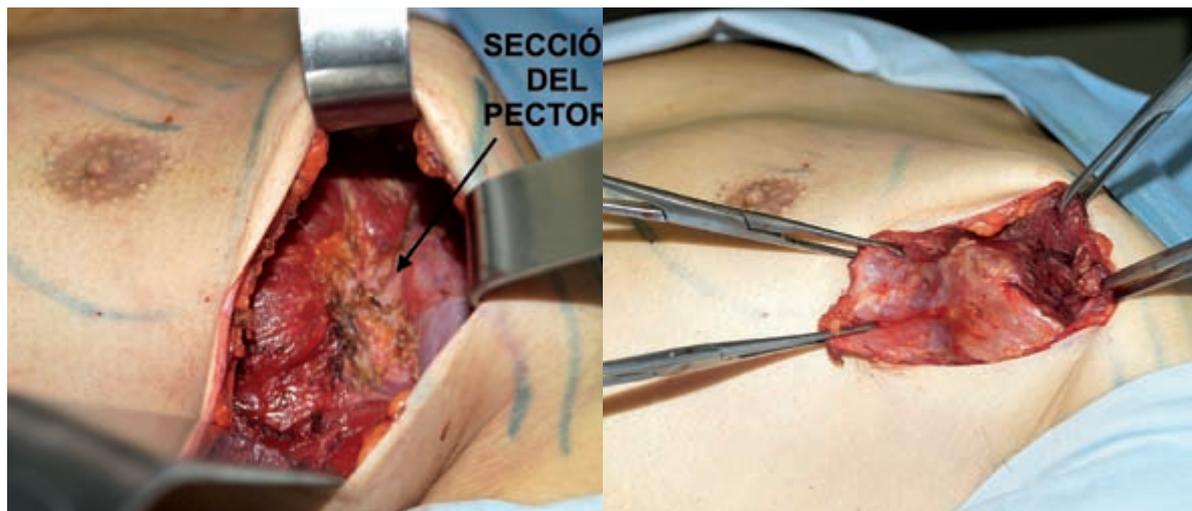
Primera etapa

Se colocó toxina botulínica (marca Botox) 200 U.I. sobre los haces musculares próximos al esternón y cartílagos costales izquierdos. La distribución de la toxina fue profunda, seleccionando los puntos a 2 cm cada uno entre sí y en la zona de máxima contracción (Figura 4).

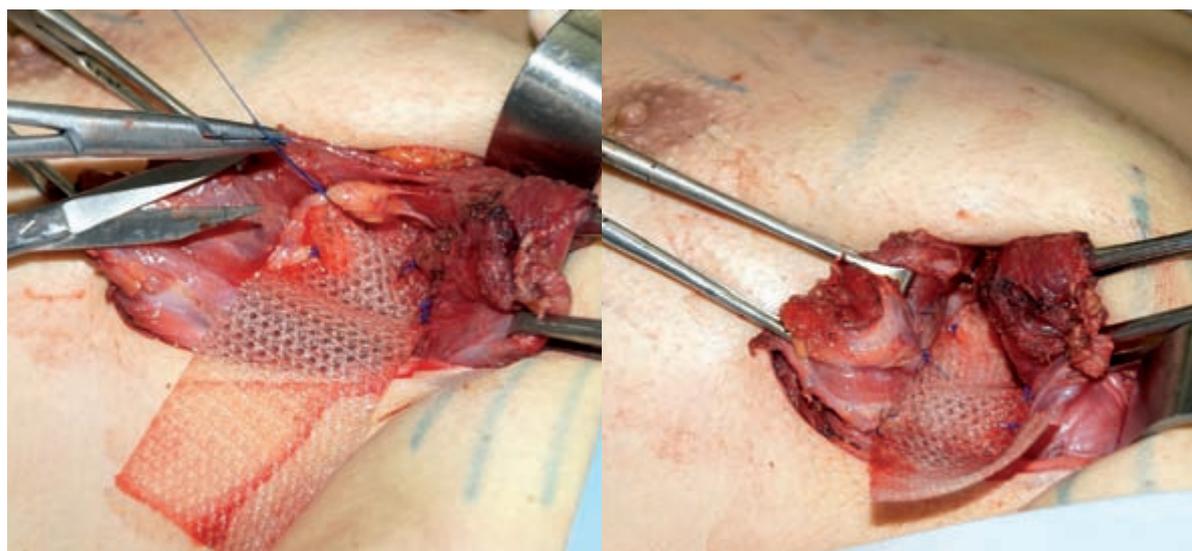
Segunda etapa

Se programó a los 21 días poscolocación de la toxina botulínica la resolución quirúrgica con el objetivo de unir los cabos seccionados musculares y reforzarlos con una malla en forma posterior. El acto quirúrgico se realizó bajo anestesia general. Se infiltró la zona con una solución anestésica de 20 ml de lidocaína al 2% con epinefrina, diluida en 250 ml de solución fisiológica al 0,9% y 1 ml de adrenalina a una concentración de 1:1000. Se realizó el abordaje lateral de la zona sobre el borde del pectoral mayor izquierdo en busca de la solución de continuidad del músculo. Se identificó la zona seccionada donde se constató presencia de tejido cicatrizal y hundimiento de la misma (Figuras 5 y 6).

A continuación se colocó en el plano posterior intermuscular (entre el m. pectoral mayor y pectoral menor) (*m. pectoralis major* y *m. pectoralis minor*, TA) una malla de doble capa, marca Bard Composix cons-



Figuras 5 y 6. Imágenes intraoperatorias donde se observa la sección completa del músculo pectoral mayor



Figuras 7 y 8. Imágenes intraoperatorias donde se observa la colocación de malla de doble capa en la cara posterior del m. pectoral mayor.

tituida por una lámina de PTFE expandido y otra de polipropileno. Esta última capa fue colocada en dirección a la cara profunda del pectoral mayor uniendo los bordes seccionados. Dicha malla fue fijada en posición con material irreabsorbible (polipropileno 1.0) (**Figuras 7 y 8**).

Se realizó control de hemostasia, cierre por plano de forma directa con aproximación de los cabos de sección del pectoral mayor con polipropileno 1.0, curación plana y colocación de goma espuma en la zona para hacer compresión suave, evitando los hematomas. Se inmovilizó el miembro de la región afectada mediante un cabestrillo tipo Vietnam durante 30 días. Primera curación a las 48 horas y retiro de puntos a los 20 días de la cirugía.

RESULTADO

Durante la evolución posoperatoria el paciente no presentó complicaciones tales como hematoma, infección, así como tampoco mostró alteraciones de la cicatriz.

El paciente fue controlado a las 48 horas y a los días 5, 15, 20, 30 y 60, con evolución favorable y recuperación total. A los 30 días fue derivado al servicio de fisiokinesioterapia para la rehabilitación y fortalecimiento muscular progresivo.

No ha presentado recidiva de la lesión, comenzando su actividad deportiva a los 90 días.

La restitución funcional fue completa con gran satisfacción por parte del paciente (**Figuras 9, 10 y 11**).



Figuras 9, 10 y 11. Imágenes posoperatorias en reposo y contracción a los 60 días con reconstitución de las fibras seccionadas.

Tabla 1. Clasificación de Tietjen. (Tietjen RA. Close Injuries of the Pectoralis Mayor Muscle. The Journal of Trauma 1980;20:262-264.)

I		II		III			
Contusión o distensión	Ruptura parcial	Ruptura completa					
		A	B	C	D		
		Lesión en origen muscular	Lesión cuerpo muscular	Lesión en unión músculo -tendinosa	Lesión tendinosa		
Más frecuente		Poco frecuente					
Poca sintomatología	Con sintomatología	Deformación con retracción distal, inflamación, leve debilidad, hematoma en pecho		Retracción medial con equimosis en brazo			
No consulta	Consulta						
No son quirúrgicas				Son quirúrgicas			
				(III A: si interesa recuperar fuerza musc. en agudos, buenos resultados con tto conservador.)			

DISCUSIÓN

La ruptura del pectoral mayor es una lesión que se ha incrementado en los últimos tiempos debido al aumento de las actividades en gimnasio, sumado al aumento de la sobrecarga del trabajo debido al uso de anabólicos-esteroides. Estos últimos provocan hipertrofia muscular con debilitamiento de las fibras que se tornan más propensas a este tipo de lesiones. El mecanismo de sección es el sobreesfuerzo en máxima contracción excéntrica del miembro superior con el brazo en abducción o extensión intentando aducción.

Tietjen³ clasificó en 1980 a las lesiones cerradas del pectoral mayor en 3 grupos (TABLA)

Grupo I: contusión o distensión.

Grupo II: rotura parcial.

Grupo III: rotura completa, las cuales son de resolución quirúrgica.

El diagnóstico primario es clínico; se confirma por estudios de imágenes principalmente por ecografía y/o resonancia magnética nuclear, que nos permiten clasificar la lesión.

El tratamiento depende de la edad del paciente, del tipo de actividad, si es aguda o crónica, la ubicación y tipo de lesión (parcial o completa). El tratamiento conservador es válido, aunque los reportes son pocos, su principal indicación son niños, ancianos, pacientes sedentarios y lesiones parciales. Para los demás pacientes con rupturas completas la indicación del tratamiento es quirúrgica por debilidad muscular, dolor crónico y demanda física estética.⁴⁻⁹

En nuestro planteamiento del caso se decidió colocar toxina botulínica con el objeto de relajar los haces musculares del pectoral y evitar su retracción, permitiendo un cierre sin tensión. Por otra parte, se evaluó la colocación de una malla para refuerzo de la sutura de la zona desgarrada. Dentro de las diversas mallas, creemos aconsejable el empleo de las de doble capa permitiendo la capa polipropileno una adherencia firme y bien integrada a la región posterior muscular (biointegración) y una capa no adherente conformada por el politetrafluoroetileno con el objeto de no adherirse a la superficie del pectoral menor y permitir un deslizamiento sin adherencias.

CONCLUSIÓN

La sección de las fibras del pectoral mayor está descrita con cierta frecuencia en pacientes fisicoculturistas o pacientes con gran actividad deportiva. La sección completa requiere resolución quirúrgica para restituir la funcionalidad y la estética a la zona del tórax. En nuestro caso, presentamos un paciente en el

cual se relajó previo a la cirugía los haces musculares con toxina botulínica y posteriormente se procedió a la colocación de una malla de doble capa con el objeto de reforzar la sutura muscular.

En nuestra pesquisa bibliográfica no hemos encontrado descrita la técnica de colocación de malla ni la colocación de toxina botulínica para reconstrucción del pectoral mayor.

BIBLIOGRAFÍA

1. Patissier P. *Traité des maladies des artisans*. Paris; 1882:162-164.
2. Stumbo D, Alberto A, Acuña A, Gotter G, Salome H. Ruptura del pectoral mayor. ¿Cuándo opero? *Revista de la Asociación Argentina de Traumatología del Deporte* 2013;1(6):36-41.
3. Tietjen RA. Close injuries of the pectoralis major muscle. *The Journal of Trauma*, 1980;20:262-264.
4. Antii A. Ruptured pectoralis major muscle. *Acta Orthop Scand* 1994;65(6):652-653.
5. Lindenbaun B. Delayed repair of a ruptured pectoralis major muscle. *Clinical Orthop* 1975;109:120-121.
6. Wolfe S, Wickiewicz T, Cavanaugh J. Ruptures of the pectoralis major muscle. *Am J Sports Med* 1992;20(5):587-593.
7. Liu J, Wu JJ, Chang CY, Chou YH, Lo WH. Avulsion of the pectoralis major tendon. *Am J Sports Med* 1992 May-Jun;20(3):366-368.
8. Brunelli M, Gilí T. Fracturas y lesiones tendinosas del hombro del deportista. *The Orthop Clin of North America*. No. 3:527-528, 2002
9. Anbari A, Kelly J, Mover R. Delayed repair of a ruptured pectoralis major muscle. *The American Journal of Sports Medicine* 2000;28(2):254-256.



NOTICIAS SACPER - REGIONALES

NOTICIAS SACPER

FELICITACIONES

Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana

A la atención de la Dra. Martha Mogliani

Editora de la Revista de la Sociedad Argentina de Cirugía Plástica, Estética y Reparadora (SACPER)

Madrid, 27 de enero de 2014

Estimada Dra. Mogliani:

Desde Cirugía Plástica Ibero-latinoamericana, órgano oficial de publicación científica de la Federación Ibero-latinoamericana de Cirugía Plástica (FILACP) y de la Sociedad Española de Cirugía Plástica, Reparadora y Estética (SECPRE), queremos enviarles a Ud. y a todo su equipo editorial nuestra más sincera felicitación por el 60º aniversario de la Revista de la Sociedad Argentina de Cirugía Plástica, Estética y Reparadora. Enhorabuena por su trabajo para mantener viva esta publicación y saber continuar tan dignamente la labor de los que la precedieron en el cargo.

Hacemos extensiva esta felicitación a la Sociedad Argentina de Cirugía Plástica, Estética y Reparadora, que a través de su publicación oficial mantiene el vínculo de la comunicación científica con sus miembros que tan importante es en la formación continuada de todos los profesionales médicos, pero aún más, si cabe, en una especialidad como la nuestra tan amplia y en continua evolución y perfeccionamiento.

En el año en que Cirugía Plástica Ibero-latinoamericana también está de celebración al cumplir 40 años de edición como publicación científica de la FILACP, nos sumamos a Uds. en la satisfacción de ver cómo la publicación científica en español mantiene su campo e importancia dentro del panorama de la publicación científica internacional.

Nuestras más sinceras felicitaciones y nuestros deseos de una larga vida para la Revista Argentina.

Un afectuoso saludo

Dra. M. del Mar Vaquero

Directora de Cirugía Plástica Ibero-latinoamericana
SECPRE/FILACP

Asamblea Ordinaria

Buenos Aires Sheraton Hotel

CABA, 10 de abril de 2014

1er llamado 18.00 hs; segundo llamado 21.00 hs

Sesión Solemne de Cambio de Autoridades

29 de abril de 2014. 21 hs. AMA

44º Congreso Argentino de Cirugía Plástica

Estimados colegas:

Las Autoridades del 44º Congreso de Cirugía Plástica, Estética y Reparadora los invitan a la "Sesión Interdisciplinaria del Centro de Referencia y Contrarreferencia del paciente con fisura labiopalatina" que va a desarrollarse en el Salón "Juan José Galli", del Hotel Sheraton de Buenos Aires, el día sábado 12 de abril de 2014, de 08.00 a 10.30hs. La inscripción es sin cargo y deberá hacerse enviando un mail, antes del 28/02/14, a paulina.iwanyk@hiba.org.ar con los siguientes datos:

- Nombre y apellido:
- Especialidad:
- Lugar de trabajo:
- Teléfonos de contacto (de línea y celular):
- E-mail:

Se entregarán certificados de concurrencia.

Los esperamos

Dra. Paulina Iwanyk

*Coordinadora Científica del Centro de Referencia
y Contrarreferencia del Paciente Fisurado
SACPER*

Curso Superior de Especialización en Cirugía Plástica

Director: Dr. Ricardo Jorge Losardo

Teórico- Práctico (con rotaciones hospitalarias), trienal.

Av. Santa Fe 1611. Tel: 4816-3757/0346. Fax: 4816-034

sacper@sacper.org.ar

www.sacper.com.ar

X Jornadas Nacionales Interdisciplinarias Diagnóstico y Tratamiento del Niño con fisura Labio Naso Alvéolo Palatina (FLAP)

10 y 11 de octubre 2014

Centro Cultural Pasaje Dardo Rocha, Calle 50 esquina 7. La Plata, Provincia de Buenos Aires

Información

Sociedad Argentina de Cirugía Plástica, Estética y Reparadora (SACPER). Centro de Referencia y Contrarreferencia Nacional de FLAP

sacper@sacper.org.ar | Tel: 011 4816-3757/0946

carloperoni@hotmail.com | Tel: 0221-154774254

silvia.juri@gmail.com | Tel: 011-1544908820

NOTICIAS REGIONALES

SOCIEDAD DE CIRUGÍA PLÁSTICA DE BUENOS AIRES

Estimados socios, en el mes de marzo próximo se hará la recategorización de los miembros titulares de acuerdo a las reformas estatutarias y reglamentarias vigentes.

Todos los años se llevará a cabo en el mismo mes, tomándolo como límite en el futuro de cada periodo.

Las categorías como se comunicó ya en varias oportunidades son:

Miembro titular (hasta 10 años de antigüedad)

Miembro titular jerarquizado (de 10 a 15 años antigüedad)

Miembro titular senior (de 15 a 25 años de antigüedad)

Miembro titular sénior consulto (de 25 años en adelante)

Los requerimientos son:

- Cuota societaria al día
- Antigüedad al 01/03/2014
- No tener sanciones disciplinarias.

No se deberá cumplimentar ningún trámite previo, pues será una promoción automática de acuerdo a nuestros archivos. La información del nuevo status pasará a la página WEB y los profesionales podrán anunciarse en su condición.

Cordiales saludos

Av. Santa Fe 1611- 3° piso
(C1060ABC) CABA, Rep. Argentina
Tel.: 4816-3757/ 0346 Fax: 4816-0342

Bienvenida



Estimados colegas

Tenemos el honor de invitarlos al Simposio Internacional de Cirugía Plástica Siglo XXI. Este evento fue pensado para convocar a los más importantes especialistas internacionales para la actualización de la especialidad.

Estamos abocados en realizar un programa de altísimo nivel científico. El ámbito elegido será la Universidad Católica Argentina (UCA), que en sus nuevas y modernas instalaciones de Puerto Madero dará el marco académico de este acontecimiento.

Nuestro compromiso es satisfacer las expectativas de los socios de Buenos Aires y del resto de los colegas del país.

Será un placer recibir también a los miembros de la FILACP y entidades de países vecinos, dándoles un trato institucional similar al de nuestros asociados.

Cordialmente

Dr. Omar Ventura, Presidente
Dr. Abel Chajchir, Presidente Comité Científico
Dr. Carlos Pestalardo, Secretario General

Autoridades

Presidente de Honor: Prof. Dr. Ivo Pitanguy
Presidente: Dr. Omar Ventura
Presidente Comité Científico: Dr. Abel Chajchir
Secretario General: Dr. Carlos Pestalardo
Tesoreros: Dr. Eduardo Marchioni, Raúl Tolaba
Rel. Públicas y Comunicación: Dr. Agustín Alí
Comité Científico: Dr. Jorge Buquet, Dr. Enrique P. Gagliardi, Dr. Rubén Rosati

Profesores invitados

Prof. Dr. Ivo Pitanguy (Brasil)

Maestro de la Cirugía Plástica

Dr. Daniel Del Vecchio (EE.UU.)

American Board of Plastic Surgery (ABPS)
American Society of Plastic Surgeons (ASPS)
American Society for Aesthetic Plastic Surgery (ASAPS)

Dr. Jack Fisher (EE.UU.)

Presidente de la American Society for Aesthetic Plastic Surgery (ASAPS)

Dr. Jorge Ishida (Brasil)

Miembro de la International Society of Plastic Surgery (ISAPS)

Miembro Emérito del Colegio Brasileño de Cirujanos
Miembro del International College of Surgeons

Dr. Constantino Mendieta (EE.UU.)

American Board of Plastic Surgery (ABPS)
American Society of Plastic Surgeons (ASPS)
American Society for Aesthetic Plastic Surgery (ASAPS)

Dr. Joao de Moraes Prado Neto (Brasil)

Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina de la Univ de San Pablo

Presidente de la Sociedad Brasileña de Cirugía Plástica
Representante sudamericano en el Educational Council de ISAPS

SOCIEDAD DE CIRUGÍA PLÁSTICA DEL NEA

12 y 13 Septiembre 2014
FORMOSA - ARGENTINA

31 Jornada Internacional de Cirugía Plástica de las Cuatro Fronteras
Argentina - Uruguay - Paraguay - Brasil

Temas Centrales:

- Contorno corporal: Gluteoplastia.
- Cirugía reconstructiva.
- Tecnología aplicada a la cirugía plástica.

Invitados nacionales y extranjeros.

- Presidente de la SCPNEA
Dr. Jorge Ferreyra
- Directora de la Jornada
Dra. María Emilia Mancebo Grab

Informes:

- jornada4fronteras2014@gmail.com
- alejocruzparedes@yahoo.com.ar
- dramancebograb@gmail.com
- jrf@amet.com.ar

 SOCIEDAD DE CIRUGÍA PLÁSTICA DEL NORDENTE

