

REVISTA ARGENTINA DE

Cirugía Plástica

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



ASOCIACIÓN MÉDICA ARGENTINA

VOLUMEN XX | NÚMERO 2 | AÑO 2014





COMISIÓN DIRECTIVA SACPER - 2014

Presidente

Dr. Francisco J. Famá

Vicepresidente

Dr. Javier Vera Cucchiaro

Secretario General

Dr. Carlos E. Sereday

Prosecretario

Dr. Alberto Abulafia

Tesorero

Dr. Daniel E. Castrillón

Protesorero

Dr. Raúl Tolaba

Secretario de Actas

Dr. Aldo G. Minnozzi

Director de Publicaciones

Dr. Aníbal Mira Roso

Subdirector de Publicaciones

Dr. Ramiro Gonzalez Oliva

Vocales Titulares

Dr. Gonzalo Aguirre

Dr. Agustín Ali

Dr. Omar Pellicioni

Dra. Iris Hebe Blanco

Vocales Suplentes

Dr. Fabián Cortiñas

Dra. Patricia Ahualli

Dra. M. Laura Da Costa Firmino

Dr. Juan José Galli

Presidente anterior

Dr. Juan Carlos Traverso

CAPÍTULOS, COMISIONES Y COMITÉS

Año 2014

Capítulos

Cirugía Estética

Dr. Fernando Tuccillo

Quemados

Dra. Iris Blanco

Cirugía Maxilofacial

Dr. Santiago Goñi

Cirugía Infantil

Dr. Rubén Aufgang

Miembros, Mano y

Microcirugía

Dr. Federico Flaherty

Mamas

Dr. Gustavo Abrile

Procedimientos complementarios

miniinvasivos

en Cirugía Plástica

Dr. Luis Heredia

Medicina Regenerativa

y Cicatrización de Heridas

Dr. Tito Leoni

Comisión de Docencia e Investigación

Coord.: Dr. Justo La Torre Vizcarra

Dr. Pedro Bistoletti

Dr. Oscar Zimman

Dr. Alberto Abulafia

Comisión de Educación Médica Continúa

Pte.: Dr. Francisco Jorge Famá

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. Aníbal Mira Roso

Dr. Ramiro González Oliva
(Director y Subdirector de Publicaciones)

Respuesta de e-mails

Dr. Francisco Famá

Asesor de página web

Dr. Aldo Minnozzi

Comisión de Asuntos Legales

Coord.: Dr. Ramiro González

Oliva

Dr. Patricio F. Jacovella

Dr. Eduardo Marchioni

Junta Electoral

Dr. Manuel Viñal

Dr. Guillermo Flaherty

Dr. Carlos Zavalla

Consejo de Relaciones Internacionales de la SACPER

Coord.: Dr. Jorge Herrera

Dr. Juan C. Rodríguez (IPRAS)

Dr. Jorge Buquet (Cono Sur)

Dr. Omar Ventura (Cono Sur)

Dra. M. Cristina Picón (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. Carlos Sereday

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. Daniel Castrillón (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

S. del Estero: Dra. Carolina Cramaro

Rosario: Dr. Guillermo Iturraspe

Comisión de Admisión de Trabajos a Premio

Vicepresidente SACPER

Dr. Javier Vera Cucchiaro

Secretario General SACPER

Dr. Carlos Sereday

Prosecretario General SACPER

Dr. Alberto Abulafia

Comisión Asesora de Congresos

Dr. Juan Carlos Seiler

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. Javier Vera Cucchiaro

Parlamentario

Dr. Eduardo Errea

G. E. Lombardozzi S. A.



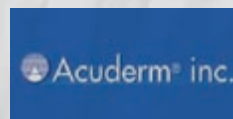
INSTRUMENTAL PARA CIRUGIA - IMPLANTES

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:



la pasión inspira a la ciencia



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. Aníbal Mira Roso

Presidente Comité de Redacción

Dr. Fortunato Benaím (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. Juan Carlos Rodríguez

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. Néstor Fabián Paul

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. Santiago Goñi

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. Pablo Reartes

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. Luis 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. Jorgelina V. Peláez

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 Gustavo 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.

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

	44	73
EDITORIAL Pertenecer <i>Martha O. Mogliani</i>		
	45	
Preención en cirugía plástica: tests de niveles del humor en el paciente quirúrgico. Implicancias en su evolución. Contraindicaciones <i>María Celia Romani, Enrique Gagliardi</i>		78
	55	
Algoritmo de reconstrucción ante secuelas de neoplasias de ángulo interno del ojo <i>Liliana B. Scarpinelli, Enrique Arigós</i>		82
	66	
Tratamiento de las secuelas por quemadura en cuello <i>Roberto López, Gastón Castro, Vicente Bertone, Carlos Sereday</i>		



PERTENECER

Mucho se habla de pertenecer, a una clase social, a un club, a una sociedad, etc. Sentirse parte de “algo” es bueno para nosotros, es reconfortante y provechoso, especialmente cuando se comparten valores, propósitos, cuando el todo del grupo tienen proyectos comunes para el bien de todos los integrantes, o para la institución a la que pertenecen.

Este pertenecer se siente mucho más cuando hay afectos, cooperación, empatía. Pero todo esto no sólo debe hacerse con declaraciones, compromisos, juramentos, sino fundamentalmente con acciones y conductas.

Cuando los miembros de una sociedad se empeñan en pertenecer, sólo por no quedarse afuera, para ambos deja de ser saludable esa vinculación.

Las sociedades están compuestas por personas distintas entre sí, con creencias, ambiciones, puntos de vista diferentes, que sólo son enriquecedoras si, el conjunto elabora una afinada sinfonía, como una gran orquesta, que está formada por diferentes instrumentos que al sonar juntos, afinadamente y con un proyecto conductor, la melodía, hacen la maravilla de la sinfonía.

Hay un buen número de cirujanos plásticos jóvenes que han ingresado a nuestra sociedad; a ellos, los de más antigüedad y experiencia, debemos orientarlos hacia el juicio moral, la valoración de lo que está bien o lo que está mal, lo correcto y lo incorrecto, lo debido y lo impropio, lo permitido o prohibido, sin academicismos ni elaboradas charlas o definiciones filosóficas, sino, con reflexiones auténticas y coherentes, de cómo debe ser el comportamiento dentro de nuestra sociedad, la ética como bien primordial, no sólo frente a la sociedad, los colegas, sino también con los pacientes. Destacamos la importancia que tuvo ese comportamiento en quienes nos precedieron, comprendiendo que hay seres que pasan por nuestras vidas desempeñando roles de una magnitud insuperable, que pueden ser familiares, amigos, maestros, que logran grabar en nuestras memorias, enseñanzas, palabras, gestos, que los hace inolvidables. No hay que buscar semejanzas, ni paralelos, con el pasado, sino evolucionar y encontrar adaptaciones de las conductas a las nuevas corrientes del conocimiento, para poder acompañarlos, preguntándonos, a dónde voy?, a dónde me conduce el camino elegido?, quién está de mi lado?, quién me acompaña?, sin invertir las preguntas. Porque una tarea, difícil, si las hay, es mantener una cierta coherencia entre lo que decimos a los demás y el modo en que actuamos...

Dra. Martha O. Mogliani
Editora

PREVENCIÓN EN CIRUGÍA PLÁSTICA: TESTS DE NIVELES DEL HUMOR EN EL PACIENTE QUIRÚRGICO. IMPLICANCIAS EN SU EVOLUCIÓN. CONTRAINDICACIONES

María Celia Romani¹, Enrique Gagliardi²

RESUMEN

Con el objetivo de detectar anomalías psiquiátricas y prevenir futuros desencuentros con el paciente quirúrgico, hemos utilizado dos cuestionarios tomados del trabajo *Laugh yourself into a healthier person: a cross cultural analysis of the effects of varying levels of laughter on health*, de Hasan H y Hasan TF.

También hemos realizado una interconsulta con la Dra. Adriana Casals, Profesora de la Cátedra de Psiquiatría de la UCA, para corroborar su implicancia en nuestra especialidad. Como conclusión se determina que en los niveles bajos de risa se contraindicaría la cirugía, pues podría corresponder a estados depresivos, anorexia nerviosa, bulimia y BDD. Por otro lado, los niveles medios y altos de risa son positivos para la evolución quirúrgica del paciente tanto desde el aspecto psíquico como fisiológico, debido al aumento de endorfinas, mayor tolerancia al dolor, buen estado inmunológico, buena autoestima de la paciente, disminución del estrés, buena circulación, etc.

Nos resultó muy interesante relacionar el buen humor con nuestra especialidad y observar el fortalecimiento de la relación médico paciente. Somos los cirujanos plásticos los responsables de relacionar nuestra especialidad con aspectos trascendentes del paciente. Sin humor ni alegría todo pierde sentido y se corren riesgos cada vez mayores. Hasta el mejor resultado quirúrgico será distorsionado ante los ojos de un paciente psiquiátrico. Por lo que concluimos que prevención, es siempre, la mejor opción.

Palabras clave: prevención, humor, relación médico paciente

SUMMARY

We have use tow questionnaires to detect Psychiatric Anomalies and prevent patient arguments from the paper *Laugh yourself into a healthier person: a cross cultural analysis of the effects of varying levels of laughter on health* from Hasan H and Hasan TF.

Also we had consult to Dr. Adriana Casals, UCA , Prof. of Psychiatry, to corroborate this influence in our specialty.

The surgery must be contraindicated at the lowest levels of laughter as it can correlate with depression, anorexia nervosa, bulimia and BDD. The medium and high levels of laughter are positive for the surgery evolution not only on the physical aspects but on the psychological ones: the endorphins increase, relative on the higher pain tolerance, immunological positive state, good self esteem, less stress and fine blood circulation may push well.

It was interesting relay humor to our specialty and observe the growing better doctor-patient relationship. The Plastic Surgeons are the responsible on pointing transcendent patient aspects. The risks are higher without joy and humor and everything lose sense. The best surgery result would be changed in psychiatric patient eyes. So our conclusion is that prevention is always the best option.

Keywords: prevention, humor, doctor-patient relationship.

INTRODUCCIÓN

Desde hace centenares de años se ha relacionado la risa con la Medicina. Si bien en todas las especialidades de este arte de la Medicina entran en juego todos los com-

ponentes del ser humano, díganse psíquicos, espirituales, físicos, mentales y alma, es en nuestra especialidad donde no podemos permitir ningún cortocircuito de estos aspectos para lograr el resultado óptimo, ya que las exigencias en estética son superiores.

En principio debemos asegurarnos de que partimos de un paciente sano.

Ya en trabajos anteriores nos habían inquietado los aspectos del paciente “invisibles” para el cirujano plástico y cómo influyen en el resultado de la cirugía y su valoración. Descubrimos que la autoestima jugaba un papel importante en el ciclo de la cirugía plástica; y hasta

1. Médica Cirujana Plástica, Sanatorio Lobos. Lobos, Pcia. de Buenos Aires.
2. Médico Cirujano Plástico; Profesor Titular, Cátedra de Cirugía Plástica de la Universidad Católica Argentina. CABA, Rep. Argentina.

Correspondencia: Dra. María Celia Romani | San Martín 148, (7240) Lobos | Tel: 02227-421457/431325 | Fax: 02227-421212 | romanimariace-lia@speedy.com.ar

detectamos patologías psiquiátricas con la autoestima baja a las que se estandarizó su contraindicación.

En este trabajo vamos un poco más allá. Incluso acordamos camino y mejoramos efectividad en la salud integral del paciente.

Nos preguntamos cómo podríamos evidenciar la autoestima del paciente. Cómo lograr aumentarla para asegurarnos de sus beneficios en el posoperatorio. Y descubrimos un elemento muy interesante, sobre el cual muchos trabajos habían sido escritos pero no en nuestra especialidad: la **risa**.

Investigamos aún más y todo nos iba acercando al marcador ideal: la risa como detector de alteraciones en alguno o varios de estos componentes.⁵

Nos pareció simple y sencillo, ya que el cirujano plástico no está entrenado para estas cuestiones, y sabemos que se hace prácticamente imposible realizar una interconsulta con el psiquiatra o psicólogo ante cada paciente. Por eso debemos equiparnos con lo que esté a nuestro alcance y prevenir catástrofes futuras.

Nuestro objetivo no es la comprensión de esos aspectos psíquicos, espirituales o mentales, sino el respeto y la prevención de desencuentros con el paciente, en busca de la optimización del resultado final.

En el presente nuestra ambición es relacionar la risa con el ciclo de la Cirugía Plástica como detector simple y rápido de alteraciones psiquiátricas y a su vez como preconizador de la aceptación del dolor y los resultados posquirúrgicos.⁹ En algunas trabajos incluso se ha denominado a la risa como cirugía o intervención sin efectos colaterales para disminuir el estrés y el dolor y mejorar la curación.

“En la gama de beneficios de la risa encontramos, además de los efectos de alivio del estrés, sentimientos como de elevación o realización, revelando que el acto de la risa puede llevar a un aumento inmediato del pulso cardíaco, la frecuencia respiratoria, profundidad respiratoria y consumo de oxígeno. Estos aumentos son seguidos luego por un período de relajación con la correspondiente disminución del ritmo cardíaco, el ritmo respiratorio y la presión arterial.”⁹

“Puede decirse que el médico debería recomendar 15 o 20 minutos de risa por día del mismo modo que sugiere al menos 30 minutos de ejercicio. Permítannos comenzar a considerar que, en conjunto con la dieta de vegetales y suficientes horas de sueño, la prescripción de la risa suena como una maravilloso modo de realzar la salud”.

“La risa y el humor son aliados terapéuticos de la curación”.

Este aspecto es precisamente el que nos compete, pues debemos cerciorarnos de que partimos de un paciente sano y a su vez apto para una curación normal.

En cuanto a su historia, la risoterapia lleva mucho tiempo entre nosotros. Desde hace miles de años varias civilizaciones han destacado la importancia de reír para la buena salud, se la compara con las prácticas orientales de meditación.

La India todavía conserva templos sagrados donde se ríe de forma colectiva. El taoísmo enseña que una sonrisa asegura la salud y la felicidad.

En antropología se registran varias tribus en las que los chamanes oficiaban también como una suerte de payasos para curar a los guerreros y personas enfermas.

En la Edad Media los bufones alegraban las comidas de los comensales con alegría y felicidad.

Más allá de las costumbres, médicos como **Robet Burton** (1577-1640) o **Richard Mulcaster** (1530-1611) ya recomendaban la risa como método terapéutico.

Más recientemente, la ciencia ha apostado por la risoterapia como un método de salud alternativo. El gran erudito **Sigmund Freud** la recomendaba para liberar energía negativa.

Sin embargo, acompañada de la oleada de filosofía **New Age** y de varias corrientes contemporáneas, la risoterapia se instaló definitivamente entre nosotros como una estrategia para mejorar la salud.

A partir de la década de 1970, esta técnica se comenzó a utilizar en hospitales norteamericanos para mejorar la salud.

Darwin dijo: “Seguramente la risa tiene algo que ver en la evolución, ya que somos la única especie capaz de reír”.

Nuestro objetivo como especialistas de la cirugía plástica, médicos y personas es encauzar la evolución del paciente hacia su mejor versión. Esto comienza considerando al mismo como una persona humana, íntegra en todos sus componentes.

¿Quién mejor que el cirujano plástico, ante quien el paciente se presenta con el propósito de “verse mejor”, literalmente, para mostrarle la risa como el aditamento “mágico” que le permita cumplir su deseo, con el beneficio implícito de morigerar la responsabilidad directa al cirujano y garantizar una buena parte de su curación?

OBJETIVOS

- Detección rápida de las contraindicaciones quirúrgicas.
- Disminuir las complicaciones quirúrgicas.
- Detección de patologías psiquiátricas para su derivación y tratamiento.
- Mejorar los resultados obtenidos maximizando la salud integral del paciente.
- Mejorar la valoración de los resultados.
- Prolongar la duración de los resultados.
- Garantizar una óptima relación médico paciente previniendo desencuentros y catástrofes con implicancia legal.
- Delimitar la responsabilidad del cirujano plástico en la evolución del paciente.
- Responsabilizar y concientizar al paciente de su rol ante la cirugía.
- Lograr una mejor versión del paciente y del cirujano.

DESARROLLO

Siempre nos pareció fundamental la actitud del paciente ante el ciclo de la Cirugía Plástica: consideramos condicionante la actitud positiva del paciente. Fundamentamos la acción de la risa en dicho ciclo.

1. Prevención en pacientes sanos: se realizarán los tests (que explicaremos más adelante) para demostrar objetivamente la influencia del nivel de risa en la tolerancia al dolor, en la evolución y en la valoración de los resultados.

En el momento en que nos sentamos ante el paciente para realizarle el test y le explicamos de qué se trata, sonrío. Aumentan sus endorfinas en su organismo y la actitud ante la cirugía se positiviza.

En caso que no logre cumplir lo esperado en los tests, se le indicará ejercitar la risa como condición para realizarse su cirugía.

Comprobado el potencial curativo de la risa,⁷ nuestros pacientes valorarán su rápida incorporación a la actividad.

2. Pacientes de cuya salud psicológica dudamos por los resultados bajos en el test de la risa. Muchas serán las patologías psiquiátricas que no podemos detectar por nuestra falta de entrenamiento y por la sagacidad del paciente.

Hemos investigado e incluso realizado interconsultas con la psiquiatra Dra. Adriana Casals, UCA, y la risa se relaciona con muchas de ellas. Un resultado de risa bajo en los tests podría corresponder a patologías relacionadas con BDD, anorexia nerviosa, angustias, depresión, autoestima baja y ansiedad. Ante esta realidad se efectuará la interconsulta psiquiátrica correspondiente. Pero en principio con este método simple detectamos una anomalía y se contraindicará la cirugía, quizás provisoriamente, hasta que realice tratamiento psiquiátrico. Si no logramos detectar este tipo de pacientes, las consecuencias serán catastróficas, por lo que recalcamos la importancia del trabajo. En nuestra investigación sobre risa y medicina, descubrimos que esta se utiliza para el tratamiento de muchas patologías psiquiátricas. Castle David, psiquiatra australiano, nos ha confirmado que la risa es muy terapéutica y le interesó mucho nuestra investigación. La risa brinda aspectos positivos tanto para las enfermedades psiquiátricas como para desequilibrios casi patológicos.

En lo que a nosotros respecta, la detección de estas patologías con un simple test nos abre un panorama fantástico de prevención. A lo que sumamos el aspecto positivo para el paciente quien recibirá su tratamiento psiquiátrico o psicológico correspondiente.

A su vez, descubrimos en nuestra investigación que la risa tiene otros efectos positivos relacionados con nuestra especialidad:

- Efectos positivos en la función del corazón y en la respuesta inmunológica: esto es importante para mantener nuestro paciente sano y optimizar su cicatrización.
- Aumentan las endorfinas: son analgésicas para el dolor posoperatorio.

Siempre sostuvimos que una actitud positiva ante la cirugía influye directamente en el posoperatorio. Ahora contamos con la herramienta adecuada para garantizar tal actitud.

MATERIAL Y MÉTODOS

1. **Interconsulta con Psiquiatría de la UCA, Dra. Adriana Casals.**
La Dra. Adriana Casals consideró muy interesante y original relacionar la risa con la Cirugía Plástica.

3. Cuando está con su familia o parientes

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

no ríe

ríe descontroladamente

4. Cuando está con amigos

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

no ríe

ríe descontroladamente

5. Durante su día habitual.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

no ríe

ríe descontroladamente

Se suman los resultados y se divide por cinco sacando el promedio, valoramos los siguientes resultados:

También se dividen en tres niveles.

- Nivel 1 o bajo (1-3)
- Nivel 2 o medio (4-7)
- Nivel 3 o alto (9-10)

Luego se realizará un promedio entre los dos test. Si da bajo el nivel de la risa, se realizará una interconsulta con psiquiatría y se contraindicará la cirugía. Puede ser una contraindicación provisoria.

El nivel tres es negativo en los pacientes asmáticos de Australia y lo relacionan con la probabilidad de la mayor incidencia de esta enfermedad que en Occidente.

Para nuestro trabajo esto pasa a un segundo plano.

Lo determinante sería que no esté en el nivel uno por su repercusión en la salud general del paciente: inmunológica, circulatoria, psíquica y mental.

También se le preguntará luego de la cirugía si ha aumentado el nivel de la risa.

RESULTADOS

CASO 1

Paciente: Carolina

Edad: 13 años

Cirugía: rinoplastia

Risa Cuestionario 1: ¿Cuántas veces al día ríes?

- A. 0 a 5 veces
- B. 6 a 10
- C. 11 a 15
- D. 16 a 20

E. 21 a 25

F. Más de 25

Risa Cuestionario 2:

1. Cuando escucha un chiste

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

no ríe

ríe descontroladamente

2. Cuando mira una comedia

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

no ríe

ríe descontroladamente

3. Cuando está con su familia o parientes

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

no ríe

ríe descontroladamente

4. Cuando está con amigos

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

no ríe

ríe descontroladamente

5. Durante su día habitual.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

no ríe

ríe descontroladamente

Resultado:

Nivel de la risa 2.

Se opera.

Luego del posoperatorio:

—¿Piensas que te estás riendo más?

—Sí.

Consideraciones:

Se observa en este caso que la paciente es introvertida. Llega a la consulta con mucho complejo por su rinomegalia, motivo de *bullying*. Su nivel de la risa es 2 bajo, factible para realizar la cirugía pero *borderline*. Así que en el posoperatorio se le preguntó sobre la mejoría de su nivel de la risa y contestó afirmativamente. En general, todos los pacientes la aumentan en el posoperatorio, pero en este caso fue realmente llamativo. La paciente refiere “ser feliz”.

CASO 2

Paciente: Silvina

Edad: 35 años

Cirugía: dermolipectomía con lipoaspiración abdomen y piernas

Risa - Cuestionario 1: ¿Cuántas veces al día ríes?

- A. 0 a 5 veces
B. 6 a 10
C. 11 a 15
D. 16 a 20
E. 21 a 25
G. Más de 25

Risa - Cuestionario 2:

1. Cuando escucha un chiste

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
.....
no ríe ríe descontroladamente

2. Cuando mira una comedia

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
.....
no ríe ríe descontroladamente

3. Cuando está con su familia o parientes

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
.....
no ríe ríe descontroladamente

4. Cuando está con amigos

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
.....
no ríe ríe descontroladamente

5. Durante su día habitual.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
.....
no ríe ríe descontroladamente

Resultado:

Nivel de la risa 3.

Se opera.

Consideraciones: En este caso el humor y el nivel de la risa es óptimo. La evolución fue excelente. No tuvo dolor y colaboró perfectamente en el posoperatorio.

CASO 3

Paciente: Mariela

Edad: 27 años

Cirugía: dermolipectomía con lipoaspiración

Risa - Cuestionario 1: ¿Cuántas veces al día ríes?

- A. 0 a 5 veces
B. 6 a 10
C. 11 a 15
D. 16 a 20
E. 21 a 25
G. Más de 25

Risa - Cuestionario 2:

1. Cuando escucha un chiste

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
.....
no ríe ríe descontroladamente

2. Cuando mira una comedia

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
.....
no ríe ríe descontroladamente

3. Cuando está con su familia o parientes

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
.....
no ríe ríe descontroladamente

4. Cuando está con amigos

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
.....
no ríe ríe descontroladamente

5. Durante su día habitual.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
.....
no ríe ríe descontroladamente

Resultado:

Nivel de la risa 2-3.

Se opera.

Consideraciones: En este caso se observa una paciente extrovertida, con buen humor que colabora con el posoperatorio.

CASO 4

Paciente: Adriana

Edad: 47 años

Cirugía: dermolipectomía con lipoaspiración

Risa - Cuestionario 1: ¿Cuántas veces al día ríes?

A. 0 a 5 veces

B. 6 a 10

C. 11 a 15

D. 16 a 20

F. 21 a 25

G. Más de 25

Risa - Cuestionario 2:

1. Cuando escucha un chiste

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

no ríe

ríe descontroladamente

2. Cuando mira una comedia

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

no ríe

ríe descontroladamente

3. Cuando está con su familia o parientes

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

no ríe

ríe descontroladamente

4. Cuando está con amigos

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

no ríe

ríe descontroladamente

5. Durante su día habitual.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

no ríe

ríe descontroladamente

Resultado:

Nivel de la risa 2

Se opera.

Consideraciones: En este caso se observa una paciente donde el nivel de la risa es *borderline*. Tuvo más dolor. Y complicación con la cicatrización. Sería arriesgado adjudicar las complicaciones al nivel bajo de la risa,

pero es lo que observamos. Comparando con la paciente de 13 años que también tenía un nivel 2 de risa, esta paciente no sufría el motivo de la consulta como lo hacía la adolescente. En esta última consideramos que su nivel de risa estaba limitado por su complejo, pues luego de la cirugía el nivel aumentó y su evolución fue excelente. No se observó lo mismo en la paciente 4.

DISCUSIÓN

Se han simplificado los cuestionarios ya que nuestro objetivo es una detección precoz de anomalías psiquiátricas y de la capacidad de superación del posoperatorio del paciente, no su estudio detallado.

El nivel uno tiene altas implicancias en la salud. Se contraindica la cirugía y se realizará interconsulta con psiquiatría.

Puede tener un nivel bajo de risa por la angustia que motiva la consulta estética pero será el psiquiatra el que dará el visto bueno para su cirugía.

El nivel tres sólo es negativo en pacientes asmáticos. En nuestro interrogatorio se detectarán enfermedades pulmonares y se tomará una decisión al respecto. Pero en cuanto a la risa seguirá haciendo los efectos positivos en el flujo de oxígeno, capacidad curativa, analgésica y psicológica en el paciente. Por eso es que un nivel de risa 3 no contraindica la cirugía por sí mismo.

Sólo un nivel bajo de risa contraindica la cirugía.

Hassan y Hassan sugieren recomendar, a los individuos que estén enfermos, la risa como terapia para promover la función inmunológica.

En nuestra especialidad también recobra importancia la función inmunológica. Si bien son pacientes sanos, deben mantenerse como tal. Inculcar la risa como promotora de las defensas inmunológicas para una mejor evolución y prevención de infecciones¹ parece ser una buena alternativa.

En nuestra experiencia, el buen humor colabora con una rápida recuperación y tolerancia al dolor.³ La risa aumenta las endorfinas que son analgésicos naturales. Factor clave para nuestra especialidad.

Todos los efectos positivos que se le adjudican a la risa⁹⁻¹¹ como la elevación de la autoestima, disminución del stress, mayor tolerancia al dolor, aumento de las defensas naturales, mejoría de la circulación, etc., influyen directamente en nuestra especialidad.

Por lo que concluimos que al reivindicar la risa reali-

zando los tests al paciente, también veremos nosotros sus efectos positivos.

Al realizar los tests en caso de estar en un nivel 2 bajo, se le podrá inculcar que aumente su risa como actividad física o como ejercicio para mejorar su salud integral. Sobre todo de manera inmediata para optimizar el ciclo de la cirugía estética, la evolución posquirúrgica y la valoración de los resultados. Pero a su vez apuntando a la salud integral del paciente como persona.

Por otro lado, se le adjudica a la risa el aumento de la hormona del crecimiento que en el adulto tiene muchos efectos positivos. En nuestra especialidad podría aumentar la durabilidad de los resultados quirúrgicos. En cuanto a los resultados positivos de la risa en la circulación y en el corazón (se la ha utilizado como prevención de infartos de miocardio) recobra importancia para nuestra especialidad, ya que una circulación y corazón sanos garantizarán una cicatrización más rápida y eficiente.

La *Geneva Foundation for Medical Education and Research* encontró que el humor y la risa mejoran el bienestar emocional y por lo tanto mejora la salud.

Para nuestra especialidad esto es importante, ya que la risa garantizaría pacientes más sanos.

Según este trabajo de Hasan y Hasan¹ la historia de la risa debería ser incorporada a la historia clínica.

A todos los pacientes se les debería realizar la pregunta: ¿Cuántas veces se ríe usted en el día?, y tener una medición individual del nivel de la risa, fundamental en su relación con la salud física, mental y espiritual.

Toma relevancia en nuestra especialidad ya que en el ciclo de la Cirugía Plástica (*pre-in-post*) influyen notablemente los factores tanto visibles como invisibles del paciente. Sería entonces la risa, un buen marcador del equilibrio integral del paciente, ya que integra ambos aspectos.

Hasan y Hasan sostienen que la "información del nivel de la risa, debería incluirse como evidencia que apoya o desestima el diagnóstico primario. En algunas sociedades el nivel 3 podría relacionar risa asociada al asma y nivel 2, sin enfermedad. En sociedades colectivas la historia de la risa del paciente podría utilizarse como profilaxis. Por ejemplo, si están en nivel 1, el paciente deberá ser informado que su nivel de risa tiene pocos beneficios y sugerir que un nivel 2 debería ser alcanzado, ya que es más beneficioso para la salud. La naturaleza bidireccional es vital para ganar más en el entendimiento de la risa y en su rol sobre las enfermedades."

Consideramos en nuestro trabajo que somos los cirujanos plásticos los que haríamos un gran aporte en la salud de la población de pacientes que nos consultan así como a la salud integral de la sociedad. Al momento que se le hace el test, se les está sugiriendo la implicancia de la risa sobre la salud. Y ante un nivel bajo de risa, se enviaría al paciente a una interconsulta psiquiátrica con lo que contribuimos a su tratamiento efectivo.

También a partir de estos tests detectamos la mala predisposición del paciente, anticipándonos así a una mala evolución y/o mala aceptación de los resultados.

Por otro lado, la realización del test de la risa mejora la relación médico paciente ya que entramos en una dimensión de armonía. El paciente se siente respetado e interpretado como persona íntegra.

CONCLUSIÓN

Nos resultó muy interesante relacionar la risa con nuestra especialidad.

Con el uso de los cuestionarios, detectamos de manera rápida las contraindicaciones. Será el psiquiatra quien realice el estudio detallado del paciente y concluya en su diagnóstico y tratamiento.

Las contraindicaciones pueden ser transitorias si realizan el tratamiento psiquiátrico adecuado.

Hemos visto que al realizar los cuestionarios en el preoperatorio, el paciente comprende su responsabilidad frente a la evolución: si está bien predispuesto y con buen humor su evolución va a ser mejor.

Además, el cuestionario distiende la relación médico paciente y utiliza la risa como instrumento de evolución.

El resto de los factores en el ciclo de la cirugía plástica los conocemos bien, pero hay que apuntar a todos y uno muy importante es el estado de ánimo.

Son los pacientes integralmente sanos los que se alegrarán luego de la cirugía y es a ese target al que debemos apuntar.

En los casos que el paciente está en un nivel dos bajo, aprobado para realizar la cirugía pero *borderline*, se les ha preguntado si su nivel de risa aumentó luego de la cirugía. Y en todos los casos ha sido así. Por lo que concluimos que somos partícipes de su salud integral.

Consideramos así, que a partir de este humilde aporte, se le dará al humor y a la risa la importancia correspondiente en nuestra especialidad y en la vida. Se logrará

aumentar el nivel de la risa de mayor cantidad de gente, esto se irá transmitiendo espontáneamente y sin parecer ambiciosos, lograremos un mundo mejor. Una vez más estamos orgullosos de nuestra especialidad.

Concluimos que nuestra especialidad tantas veces vapuleada y manoseada como algo superfluo y poco digna de lo trascendente, es la única que tiene en sus manos la mayor cantidad de herramientas para estimular la mejor versión del paciente.

Consideramos fundamental, que el cirujano plástico estimule en sí mismo su buen humor. Esto le dará mayor manejo de los imprevistos y tendrá un mayor atractivo hacia el paciente.

Por otro lado, sabemos que no se ve igual un resultado quirúrgico en una persona alegre que en una persona triste. Si estimulamos el sentido de la risa y el buen humor, estamos dando luz a nuestros resultados, colaborando con la felicidad: nuestra felicidad y la de nuestros pacientes.

Nunca olvidamos que la Cirugía Plástica es un vínculo dorado hacia la felicidad pero no un fin. Si aumentamos el nivel de la risa, el fin será el principio de la verdad.

Los cirujanos también somos seres humanos buscando nuestra felicidad. Si contamos con un instrumento simple para evitar malos momentos *a posteriori*, bienvenido sea.

La idea es simplificar, no complicar, pero prevenir antes que curar.

A su vez, la risa simplifica y hasta elimina aquellas complicaciones evitables. Aún los imponderables pasarán mejor en risas.

Por lo tanto, consideramos que este trabajo logra nuestro fin último, como personas:

Ser Luz hacia la Felicidad.

Consideramos que la risa, como dice Darwin, se relaciona con nuestra evolución. Es en risas que logramos nuestra trascendencia, nuestra Eternidad Hoy... ¿Es esto lo que nuestros pacientes buscan, o no?

Si les transmitimos que es a través del Buen Humor que se logra, disminuirá también nuestra responsabilidad. Y seremos vínculos no artífices.

Por otro lado, muchas veces es el cirujano plástico el que está lejos de los "aspectos invisibles" del ciclo de la Cirugía Plástica. Consideramos vital para la relación médico paciente que el cirujano plástico reconozca que existen tanto en él como en el paciente esos componentes trascendentes. Caso contrario, será catastrófico tarde o temprano. Y las catástrofes desprestigian nuestra Especialidad.

Como conclusión final, si logramos que un solo cirujano plástico a partir de nuestro trabajo logre ver los aspectos invisibles del paciente y de sí mismo, que antes no veía, en este mundo de vértigos y espejismos... se cumplirán todas nuestras expectativas:

Esperanza, nuestra maravillosa especialidad sí va a sobrevivir.

No nos olvidemos, es más fácil convencer a nuestros pacientes sobre lo trascendente, que a nuestros colegas que sólo creen lo que ven. Pero no bajaremos los brazos... por el futuro de nuestra hermosa y promisoría especialidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hasan H, Hasan TF. Laugh yourself into a healthier person: a cross cultural analysis of the effects of varying levels of laughter on health. *Int J Med Sci* 2009;6(4):200-211. Available from <http://www.medsci.org/v06p0200.htm>
2. Hassed C. How humour keeps you well. *Aust Fam Physician* 2001 Jan;30(1):25-28.
3. Stuber M, Dunay Hilber S, Libman Mintzer L, Castaneda M, Glover D, Zeltzer L. Laughter. Humor and Pain Perception in Children: A Pilot Study Evid Based Complement Alternat Med 2009 Jun;6(2):271-6. doi: 10.1093/ecam/nem097. Epub 2007 Oct 5.
4. Mora-Ripoll R. The therapeutic value of laughter in medicine. *Altern Ther Health Med* 2010 Nov-Dec;16(6):56-64.
5. Proyer RT, Flisch R, Tschupp S, Platt T, Ruch W. How does psychopathy relate to humor and laughter? Dispositions toward ridicule and being laughed at, the sense of humor, and psychopathic personality traits. *Int J Law Psychiatry*. 2012 May 2. [Epub ahead of print].
6. Saper B. The therapeutic use of humor for psychiatric disturbances of adolescents and adults. Department of Psychology, Florida



International University, Miami 33199. PMID:2103010 [PubMed - indexed for MEDLINE]

7. Seaward BL. Humor's healing potential. American University, Washington, DC. PMID:10116744[PubMed - indexed for MEDLINE]
8. Spitzer P. The clown doctors. Humour Foundation, Wintergarden Medical Centre, Bowral, New South Wales. PMID:11211705 [PubMed - indexed for MEDLINE] *Med Anthropol Q* 1995 Dec;9(4):462-75.

9. William B. Streat. *Laughter prescription* Associate Professor in the Faculty of Physical Education and Recreation at the University of Alberta in Edmonton University of Alberta, Physical Education and Recreation, P-408 VVC, Edmonton, AB T6R 1L5; *Health Prog* 1992;73:66-70.
10. Wooten P. Humor: an antidote for stress. *Holist Nurs Pract.* 1996 Jan;10(2):49-56.
11. Yates S. Finding your funny bone. Incorporating humour into medical practice. pcamhill@ozemail.com.au PMID:11211707 [PubMed - indexed for MEDLINE].

ALGORITMO DE RECONSTRUCCIÓN ANTE SECUELAS DE NEOPLASIAS DE ÁNGULO INTERNO DEL OJO

Liliana B. Scarpinelli¹, Enrique Arigós²

RESUMEN

Se presenta un algoritmo de reconstrucción para las secuelas de neoplasias del ángulo interno del ojo, según sean menores o mayores de 1 cm.

Palabras clave: canto interno, colgajo de Tripiér, colgajo glabellar, epiteloma.

SUMMARY

Reconstruction algorithm presented to the aftermath of neoplasms inner corner of the eye, are smaller or larger according to 1 cm.

Keywords: inner edge, Tripiér flap, glabellar flap epithelioma.

INTRODUCCIÓN

Los párpados son estructuras anatómicas constituidas por piel laxa, presentando anatómicamente para su estudio la lámina anterior (piel y músculo orbicular) y la lámina posterior: placa tarsal y retractores del párpado (aponeurosis del músculo elevador del párpado, fascia capsulopalpebral, músculo de Müller y conjuntiva). Los tendones del canto externo a interno fijan los párpados en forma horizontal y conforman los ángulos externo e interno de la hendidura palpebral. El tendón del canto interno se inserta por delante de la cresta lagrimal anterior, en el tejido que envuelve el saco lagrimal y en la cresta lagrimal posterior provee el punto de fijación de la bomba lagrimal, que contiene la carúncula y los *punctum* lagrimales superior e inferior. Su malposición puede producir estenosis, síndrome del ojo seco, epífora y conjuntivitis. Las lesiones del canto interno al igual que el externo, revisten de gran importancia determinando la presencia de un acorta-

miento de la hendidura palpebral y aumento de la distancia intercantal (telecanto),¹ siendo su reconstrucción un tema de controversias y numerosas descripciones sin existir un patrón que determine el modelo a seguir.

OBJETIVOS

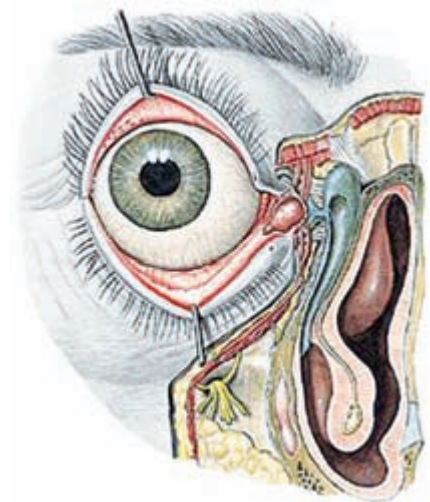


Figura 1.

1. Médica en formación.

2. Jefe de Servicio de Cirugía Plástica, Estética y Reparadora, HIGA Prof. Dr. R. Rossi, La Plata. Miembro de la SACPER. Rep. Argentina.



Figura 2. Pacientes tratados con cierres por segunda intención. **A.** Caso 1. Defecto de 1 cm, aproximación de bordes por sutura en bolsa de tabaco. **B.** Caso 2. Posoperatorio a los 4 meses. Cierre de defecto de 1 cm a los 3 meses de posoperatorio. En ninguno de los dos casos se aprecia malposición ni retracción del canto interno.



Figura 3. Caso 3. Paciente cuya reconstrucción se realizó mediante un injerto de piel de párpado inferior izquierdo con compromiso de canto interno y pared lateral nasal. Resultado a los 4 meses del posoperatorio.

- Enumerar las opciones de reconstrucción quirúrgica del ángulo interno del ojo: sus ventajas y desventajas.
- Resolver la problemática que plantea la reconstrucción de dicha zona, asociando colgajos en la resección de lesiones de amplia superficie.
- Demostrar resultados obtenidos asociando 2 o más colgajos.

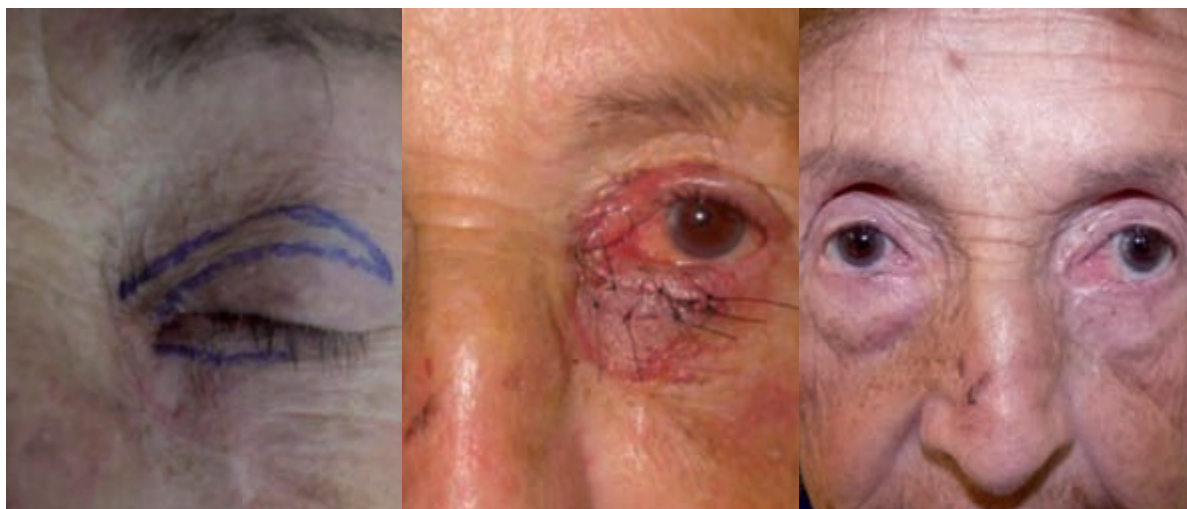


Figura 4. Caso 4.



Figura 5. Caso 5.

MATERIAL Y MÉTODO

Las lesiones de ángulo interno del ojo, así como las secuelas de dichas resecciones, plantean una problemática a la hora de decidir la técnica apropiada para la reconstrucción dicha zona. Al momento de realizar la resección oncológica, se plantean las siguientes prioridades: 1) extirpación oncológica completa: curación; 2) preservación de la función; 3) reconstrucción con piel de similares características. Para ello, contamos con la cirugía micrográfica de Mohs, técnica desarrollada en nuestro hospital, con la posibilidad de curación y reconstrucción inmediata del defecto resultante en un solo acto quirúrgico, utilizando colgajos locales que permiten mejorar la calidad de piel, asegurando resultados óptimos inmediatos.

En la reconstrucción del párpado inferior, se busca lograr que conserve una altura simétrica, se mantenga firme y conforme una estructura funcionalmente aceptable.

Sobre un estudio retrospectivo de 30 pacientes ($n=30$), de 35 a 80 años, operados en el servicio de Cirugía plástica, estética y reparadora del HIGA Prof. Dr. Rodolfo Rossi de la Ciudad de La Plata, entre los años 2009 a 2013, los cuales presentaron neoplasias de piel en el ángulo interno del ojo: epitelomas basocelular y espinocelular, se realizó cirugía micrográfica de Mohs y se planteó el algoritmo de tratamiento reconstructivo que se ve en la **Gráfico 1**.

Las opciones terapéuticas planteadas fueron:

1. Cierre por segunda intención
2. Injerto de piel de espesor total
3. Colgajos locales:
 - a. Tripier
 - b. Glabellar
 - c. Emmett
 - d. Z-plastia
 - e. Limberg



Figura 6. Caso 6. **A.** Paciente de 35 años que presenta epiteloma basocelular. **B.** Resección oncológica. **C.** Marcación de colgajo de Limberg. **D.** Posoperatorio inmediato. **E y F.** Posoperatorio a los 15 días, vista de perfil y frontal, respectivamente. Se aprecia buena evolución, sin distorsión del ángulo interno, y cicatriz imperceptible.

f. V-Y

g. Avance de mejilla

4. Combinación de los anteriores.

Se analizan a continuación las diferentes técnicas enumeradas en 14 casos puntuales.

1. CIERRE POR SEGUNDA INTENCIÓN: Casos 1 y 2 (Figura 2)

Desventajas:

1. Demora en la cicatrización
2. Mayor retracción cicatrizal

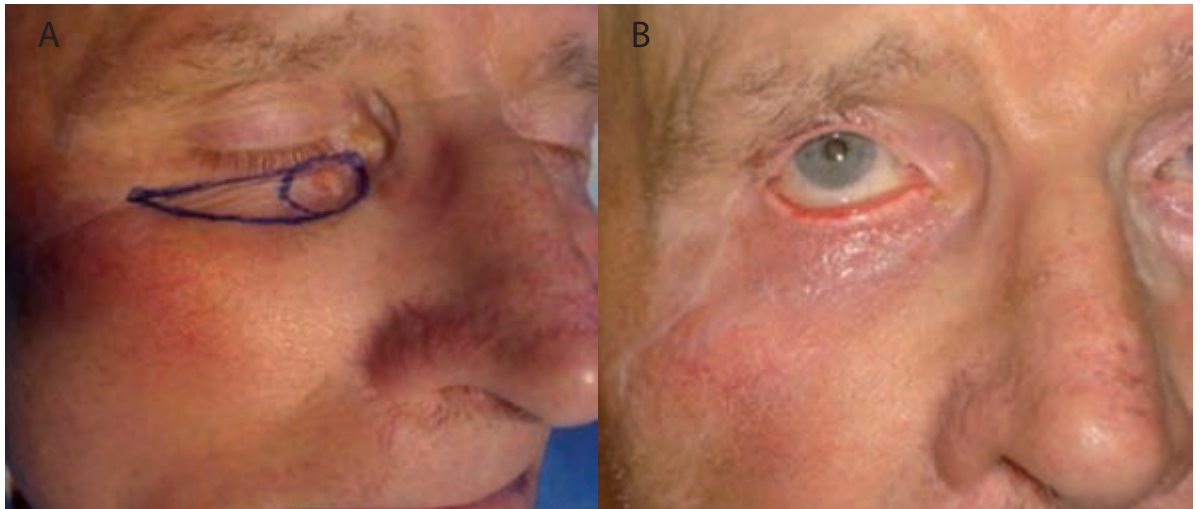


Figura 7. Paciente tratado con cirugía micrográfica de Mohs; reconstrucción con colgajo de avance. **A.** Marcación preoperatoria. **B.** Resultado a los 3 meses de posoperatorio. Nota: presentaba ectropión senil previo a la cirugía oncológica..

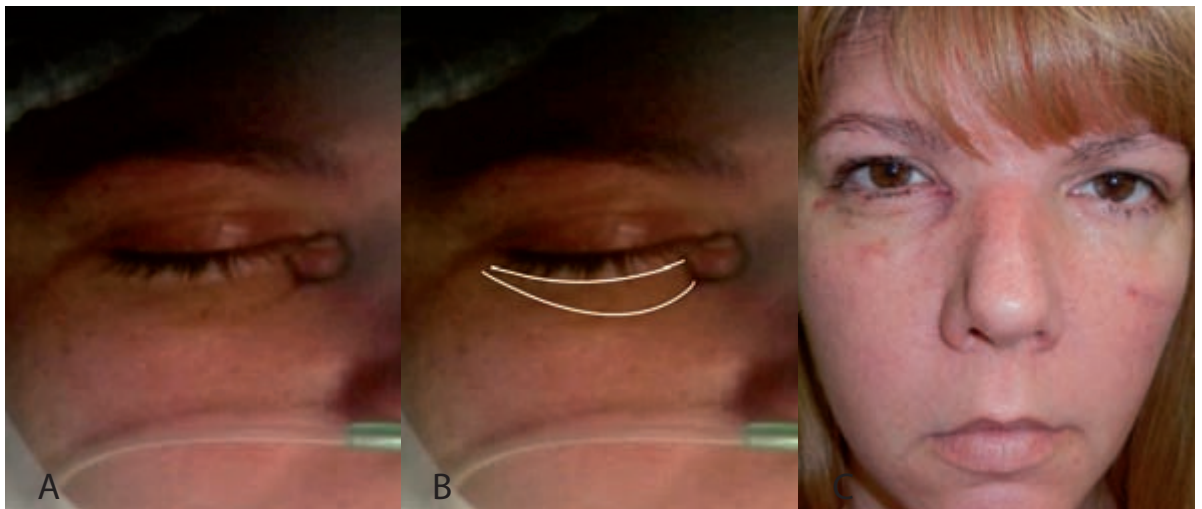


Figura 8. Caso 8. Paciente de 36 años que presentó secuela de resección por epiteloma. **A.** Preoperatorio. **B.** Marcación de colgajo. **C.** Posoperatorio a los 30 días. Nótese leve edema subciliar y cicatrices imperceptibles.

3. Mayor distorsión de tejidos circundantes por fibrosis cicatrizal
4. Presencia de secuelas en lesiones mayores de 1cm de diámetro tales como: ectropion cicatrizal de párpado inferior, pliegue epicantal, lagofthalmos, ptosis secundaria a retracción

Ventajas:

1. Útil en defectos de hasta 1cm de diámetro
2. No distorsiona los márgenes de resección quirúrgica en casos que haya que ampliar los mismos
3. Localización: cicatriz centrípeta en concordancia con las líneas dinámicas periorcarias

En ninguno de los dos casos se aprecia malposición ni retracción del canto interno.

2. INJERTO DE PIEL: Caso 3 (Figura 3)

Ventajas

- Permiten descubrir pronto una recidiva del tumor.
- Rápida resolución

Desventajas

- No se deben usar si la resección en profundidad fue amplia.
- No son convenientes si la resección abarca más de una subunidad estética.

3. COLGAJOS LOCALES:

- a. Tripiér



Figura 9. Caso 9. Paciente joven. **A y B.** Preoperatorio, marcación oncológica y reconstructiva: colgajo de Tripier monopediculado y glabellar. **C.** defecto > 2 cm de cirugía de Mohs con compromiso de subunidad nasal y palpebral, **D, E y F.** Posoperatorio 30, 60 y 180 días. Obsérvese la mejoría cicatrizal.

- b. Glabellar
- c. Limberg
- d. Avance en V-Y
- e. Avance de mejilla
- g. Combinados

Caso 4 - Colgajo de Tripier (Figura 4)

Ventajas

- Proximidad
- La inclusión de músculo asegura la vascularización
- Color y textura igual a la del ángulo interno



Figura 10. Caso 10. Paciente mayor, con defecto oncológico > 2 cm que compromete pared lateral nasal, ángulo interno y mejilla derecha. A y B. Defecto. C. Marcación de colgajos: nasogeniano y glabellar. D. Posoperatorio al mes.

- Gran laxitud de la piel que cubre amplias resecciones y asociado a otros colgajos locales es una excelente opción para reconstruir la región cantal interna.

Desventaja

- Poca superficie, sólo útil en defectos pequeños.

- Preserva la subunidad estética
- Piel fina de similar característica

Desventaja

- Edema linfático

Caso 8 (Figura 8)

ASOCIACION DE COLGAJOS

Ventajas

- Útil en resecciones amplias de ángulo interno mayores de 2 cm y que comprometen más de una subunidad estética
- Reconstrucción en un tiempo quirúrgico de grandes defectos
- Aporta pieles de diferentes grosores similares a las reseca
- Cicatrices estéticas aún en pacientes jóvenes
- Tracción cicatrizal en diferentes direcciones

Desventajas

- Mayor tiempo quirúrgico y recuperación
- Mayor edema

Caso 5 - Colgajo glabellar (Figura 5)

Ventajas

- Amplia disposición de piel.
- Colgajo grueso para resecciones profundas.

Desventajas

- Piel más gruesa que la del ángulo interno.
- Vello del área glabellar se transportan al canto interno.
- Piel inextensible.

Caso 6 - Colgajo de Limberg (Figura 6)

Caso 7 - Colgajo de avance en V-Y (Figura 7)

Ventajas

- Cicatrices en el surco subciliar

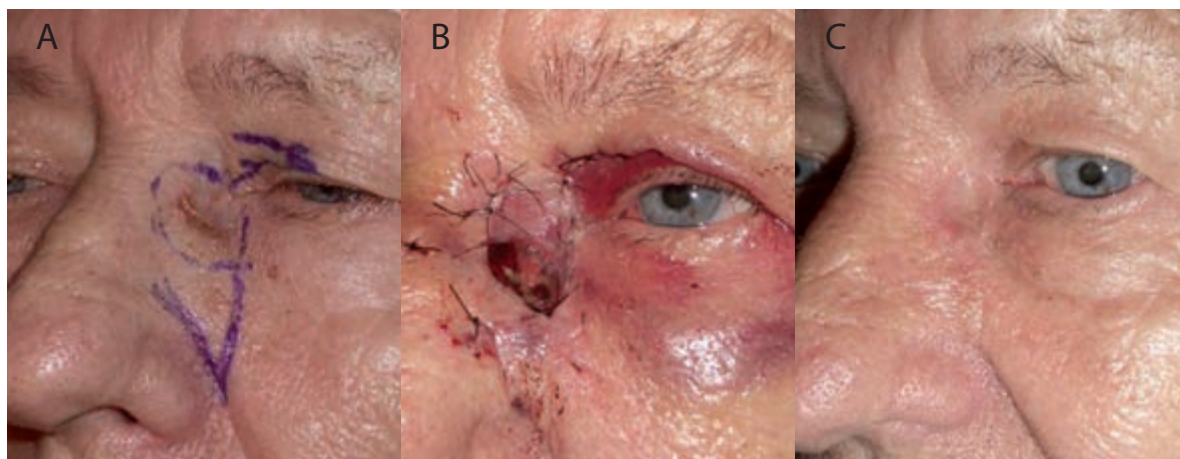


Figura 11. Caso 11. **A y B.** Paciente que presenta defecto mayor de 2 cm con compromiso de ángulo interno. Se asociaron colgajos locales, se traspuso el colgajo de Tripiér monopediculado para evitar retracción cicatrizal y se ascendió un hemicolgajo de Emmett. A pesar de la asociación, el defecto no cerró por primera intención. Se observa un defecto de 1 cm el cual cerró por segunda intención sin alteración de las estructuras contiguas (**C**).



Figura 12. Caso 12. **A.** Preoperatorio. **B y C.** Secuela oncológica mayor de 2 cm con compromiso de subunidad nasal, palpebral y mejilla. Marcación de colgajos glabellar y ascenso de mejilla. **D, E y F.** Posoperatorio inmediato, a los 7 y 120 días, respectivamente.



Figura 13. Caso 13. Paciente con resección amplia con compromiso de carúncula, subunidad lateral nasal y palpebrales. **A.** Preoperatorio: epiteloma. **B y C.** Defecto y marcación de colgajos Trippier monopediculado y avance en V-Y. **D, E y F.** Posoperatorio inmediato, a los 30 y 180 días, respectivamente. Se realizó un segundo tiempo para corrección de oreja de perro.

Caso 9 (Figura 9)
Caso 10 (Figura 10)
Caso 11 (Figura 11)

Caso 12 (Figura 12)
Caso 13 (Figura 13)
Caso 14 (Figura 14)



Figura 14. Caso 14. Paciente con gran compromiso de canto interno. **A y B.** Se observa el defecto, la marcación de colgajos glabellar y en V-Y, levantamiento. **C, D, E y F.** Posoperatorio inmediato, a los 7, 30, 180 días, respectivamente, con excelentes resultados cicatrizales y posicionales.

RESULTADOS

Todos los pacientes (n=30) fueron tratados con cirugía de Mohs con márgenes libres de tumor y 27 reconstruidos en un solo acto quirúrgico; 20 pacientes fueron reconstruidos con la combinación de colgajos locales, 6 con

colgajos simples, 1 injerto de piel, 3 cierre por segunda intención (defectos menores de 1 cm). Ninguno de los pacientes presentó necrosis, 2 sufrieron epidermólisis parciales, 5 requirieron revisiones menores, en 6 se observó edema linfático palpebral inferior y 2, quienes sufrieron resecciones por compromiso de la vía lagrimal, presenta-

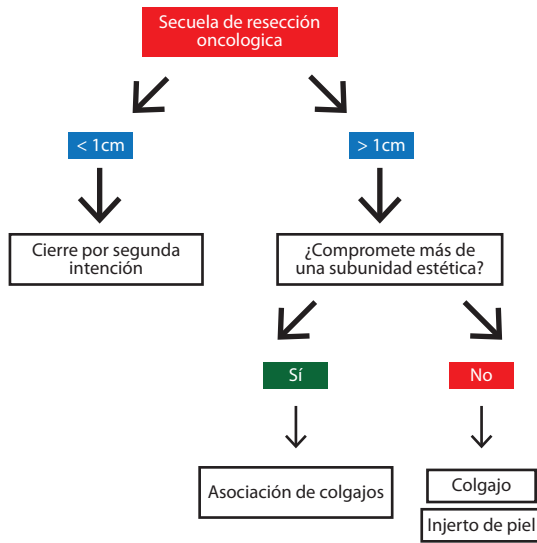


Gráfico 1. Opciones en la reconstrucción del ángulo interno.

ron epifora. Todos los pacientes fueron tratados en el posoperatorio luego de retirados los puntos con presoterapia con placas de silicona y 10 requirieron inyecciones intralesionales de triamcinolona a partir del 2do mes.

CONCLUSIONES

Luego de plantearnos las opciones en la reconstrucción del ángulo interno dedujimos que (**Gráfico 1**):

- Lesiones menores de 1 cm: cierre por segunda intención o colgajos simples.
- Lesiones cercanas a la carúncula: interposición de colgajo de Tripier para evitar la retracción que pro-

Tabla 1. Las opciones en itálica son de 1ra elección.

Defecto indicación	Cierre por segunda intención	Injerto de piel	Colgajos locales simples	Asociación de colgajos locales
Defecto < 1 cm	Sí	Espesor total	Tripier mono	No
1 a 2 cm SIN compromiso de otra subunidad cosmética	Sí asociados a Tripier mono	Sí (no primera elección)	• <i>Tripier mono</i> • <i>Avance V-Y</i> • <i>Emmett</i> • <i>Limberg</i>	• Tripier mono + glabelar • Glabelar + V-Y
> 2 cm con compromiso de más de una subunidad cosmética	No	No	• Tripier mono • Emmett • Limberg • Avance V-Y	• <i>Glabelar + V-Y</i> • <i>Tripier mono + glabelar</i> • <i>Avance de mejilla</i> • <i>Otros</i>

Tripier mono: Tripier monopediculado.

duciría el cierre por segunda intención. Lesiones mayores de 1 cm, con compromiso de pared lateral nasal y ángulo interno (**Tabla 1**).

- Utilizamos colgajos combinados porque:
 1. permiten reconstruir con pieles de distinta calidad similares a las resecaas según la subunidad: piel fina para región caruncular, y piel gruesa para vertiente nasal.
 2. permiten realizar la reparación en un tiempo de lesiones de gran superficie con poca alteración estética.
 3. producen tracción en distinta dirección de acuerdo con los colgajos, evitando la retracción y formación de cicatrices hipertróficas.
 4. logran cicatrices estéticas aun en pacientes jóvenes que sufren resecciones amplias.
 5. mejoran la evolución posoperatoria y disminuyen la morbilidad permitiendo que el paciente retorne a sus tareas habituales con antelación.

BIBLIOGRAFIA

1. Borodic G, Townsend G, cirugía plastic del párpado Atlas color. Edit. Panamericana, 1995, Buenos Aires. 2) Dermatología de Gatti-Cardama, Cabrera H.; Gatti C. Editorial El Ateneo, XII Edición, año 2003, Buenos Aires, Argentina.
3. Cirugía plástica, estética y reconstructiva, tomos I y II, ediciones SACPER, Edit. Arte y letras, año 2009, Buenos Aires.
4. Mc Carthy J, Cirugía Plástica, "La cara", tomo II, Edit. Panamericana, 1992, Buenos Aires.
5. Ian T. Jackson. "Colgajos Locales en la Reconstrucción de Cabeza y Cuello". Salvat Editores. Pp 273-323.
6. Rorich RJ, Zbar RI. "The evolution of Hughes tarsoconjuntival flap for reconstruction of the lower eyelid". Plast. Reconstr. Surg. 1999 Aug; 518-26. 7) John Clark Mustardé. "Cirugía Reparadora y Reconstructiva de la Región Orbital", 1982.

TRATAMIENTO DE LAS SECUELAS POR QUEMADURA EN CUELLO

Roberto López¹, Gastón Castro², Vicente Bertone³, Carlos Sereday³

RESUMEN

Introducción: El cuello es una región con amplio rango de movimiento, además es visible porque suele estar al descubierto, y contiene un gran número de estructuras nobles. Estos puntos explican la complejidad que representan las secuelas por quemadura con esta ubicación. Nuestro objetivo en esta presentación es relatar nuestra experiencia en la reparación del cuello secuelado.

Casos y métodos. Hemos categorizado estas secuelas en base a la clasificación de Yang, escogiendo 8 casos representativos de la misma, acontecidos en los últimos dos años. En la terapéutica instaurada en cada uno de ellos se tuvo en cuenta la clasificación antedicha y nuestro repertorio de tratamientos fueron los autoinjertos, los colgajos locales y los colgajos regionales.

Resultados. Tanto a nivel funcional como estético se presentó una mejoría apreciable en todos los casos.

Conclusiones. Creemos que la categorización de las secuelas por quemadura en cuello, en nuestro caso a través de la clasificación de Yang, nos permite seleccionar el tratamiento más idóneo, aumentando este en complejidad cuando la gravedad de la secuela es mayor.

INTRODUCCIÓN

El cuello es una región topográfica de nuestra anatomía dotada de real importancia en lo referente a la conexión con el mundo que nos rodea, ya que a través de su amplio rango de movimientos, sean de flexión, extensión, inclinación o rotación, podemos focalizar nuestros órganos de los sentidos cefálicos hacia aquello que nos interesa, implicando la disminución de su rango funcional por lesión cicatrizal, una discapacidad muy limitante. En lo referente a la estética de las personas, esta es una zona visible, produciendo las cicatrices con esta ubicación repercusiones en la esfera psíquica del individuo. Las estructuras profundas también pueden estar alteradas en estas secuelas, dado que la posición viciosa en flexión adoptada como conducta antálgica ante el dolor, o la contractura de la cicatriz propiamente dicha, conllevan una retrac-

ción de estructuras vasculares, nerviosas y/o músculo-tendinosas, llegando en algunos casos, al reemplazo de la masa muscular por tejido cicatrizal. Más allá de las cuestiones que denotan la importancia de estas secuelas por sí mismas, también está la cuestión de su frecuencia, siendo una patología habitual en nuestro Servicio, esto lo atribuimos a la piel fina que la cubre, siendo más pasible de ser afectada por heridas de espesor total ante una quemadura, generadoras éstas de las secuelas cicatriza-les más graves. Es así que se pueden categorizar a las secuelas en la región cervical en base a su configuración, ubicación y gravedad en la limitación funcional. Este análisis prolijo en el diagnóstico nos puede ayudar a definir la conducta quirúrgica a adoptar, ya que las opciones de tratamiento son múltiples. Dentro de lo que es la configuración de la lesión se puede presentar de forma lineal, única o múltiple, o en placas. Con respecto a su ubicación, esta es casi siempre parcial (región anterior y lateral). A nivel funcional las quemaduras en el cuello pueden dejar retracción de leves a severas. El procedimiento reconstructivo aquí debe aportar tejido en menor o mayor cantidad acorde a la gravedad de la lesión y preferentemente de calidad si-

1. Residente 4to año.

2. Residente 3er año.

3. Miembros Titulares SACPER.

Unidad de Cirugía Plástica, Reconstructiva y Reparadora. Hospital de Quemados, CABA. Rep. Argentina.



Figura 1. Clasificación de Yang. A. Normal $> 110^\circ$. B. Grado 1 $> 95^\circ$, $< 110^\circ$. C. Grado 2 $90^\circ (\pm 5^\circ)$. D. Grado 3, sinequia mentoesternal. (Yang et al. Use of free thin anterolateral thigh flaps for reconstruction of postburn anterior cervical contractures. PRS 2000;110:39).



Figura 2. Secuela en placa, anterior, con retracción leve.

milar a la piel original, siendo así mismo necesario respetar, en su restitución, sus subunidades funcionales. Existen distintas técnicas quirúrgicas que permiten alcanzar estos objetivos. Queremos exponer nuestra experiencia como médicos residentes en el tema, e ilustramos esto con diferentes casos clínicos.

CASOS Y MÉTODOS

Para categorizar la secuela y definir conductas utilizamos la clasificación funcional de Yang (**Figura 1**). Esta divide a las secuelas cervicales teniendo en cuenta la limitación en la extensión que producen, considerando como normal una extensión mayor a 110° , retracción de grado I un rango de este movimiento de 95° a 110° , grado II de 85° a 95° y grado III menor a 85° .

Para el tratamiento se utilizaron autoinjertos, colgajos locales y colgajos de vecindad, dependiendo de la secuela a tratar.

En las retracciones leves una de las opciones utilizadas fue la liberación cicatrizal asociada al autoinjerto de piel parcial, presentando este proceder ciertas desventajas como la posibilidad de recurrencia de la secuela en caso de que el injerto se retraiga, la necesidad tanto de utilizar férulas como de realizar un seguimiento kinésico estricto. Además, habitualmente se obtiene un resultado estético pobre (**Figuras 2 y 3**). Otra opción para las retracciones leves son los colgajos locales, entre ellos las zetaplastias, especialmente en secuelas de tipo lineal (**Figura 4**).

En las retracciones cervicales moderadas, en las que se requiere mayor aporte de tejido, utilizamos colgajos *random* de avance, aprovechando la gran vascularización dérmica de la región cervical. Se presenta un caso con brida central en cara anterior de cuello de configuración en placas y lineal, efectuándose en este caso colgajos locales de avance bilaterales de tipo dermograso supraplatismal con entrecruzamiento de los mismos y buenos resultados en el postoperatorio (**Figura 5**). También se presenta un caso con una contractura de configuración lineal en sentido la-



Figura 3. En estas imágenes se aprecia el mayor ángulo de extensión del cuello posterior a la colocación de un injerto en lámina.



Figura 4. Preoperatorio con la brida de configuración lineal, la marcación de la zeta-plastia con su diagonal sobre la brida y los resultados posoperatorios con buena cicatrización.

teral descendente liberada con colgajos avanzados en sentido transversal al eje mayor del cuello (**Figura 6**). En las limitaciones funcionales severas, donde la cobertura cutánea local puede estar afectada en gran parte de su superficie o inclusive en su totalidad, ya no tenemos el recurso de tejidos adyacentes, por lo que se debe recurrir a los colgajos regionales que aportan tejido de las áreas vecinas. Uno de los colgajos más utilizados en nuestro Servicio es el colgajo supraclavicular (**Figura 7**), siendo este de tipo fasciocutáneo y axial. Su pedículo es la arteria supraclavicular rama de la cervical trasversa. Es un colgajo seguro gracias a su anatomía constante, ubicándose esta arteria nutricia en el triángulo conformado por el borde posterior del músculo esternocleidomastoideo, la vena yugular externa y el sector medio de la clavícula.

Se puede realizar con un diseño fusiforme o en cola de pez para facilitar el cierre por primera intención de la zona dadora (**Figura 8**).

Continuando con lo que son las limitaciones funcionales de tipo severas, en la **Figura 9** vemos un paciente con posoperatorio alejado de colgajo supraclavicular el cual presenta una limitación a la extensión importante por una contractura cicatrizal a nivel lateral derecho, diseñándose en este caso un colgajo paravertebral (**Figura 10**).

Otro colgajo regional utilizado para el tratamiento de estas secuelas es el deltopectoral, diseñado originalmente por Bakamjian en el año 1965. El mismo se talla desde la región paraesternal llegando su extremo distal al deltoides. Su vascularización es proporcionada por las ramas perforantes segunda, tercera y cuar-



Figura 5. Entrecruzamiento de colgajos dermograsos en secuela moderada.



Figura 6. Entrecruzamiento de colgajos dermograsos en secuela moderada.



Figura 7. Marcación del colgajo supraclavicular y de la zona a liberar.

ta de la arteria mamaria interna. Estos vasos emergen a través del músculo pectoral en los espacios intercostales segundo y tercero a la distancia de un través de dedo del borde esternal. Presenta irrigación axial por estas perforantes hasta el surco deltopectoral, siendo la parte terminal del colgajo irrigada por las ramas cutáneas de la arteria acromiotorácica y las perforantes musculocutáneas deltoideas (**Figuras 11 y 12**).

Cuando la secuela en cuello sólo es de tipo estética, también se pueden utilizar los colgajos para su corrección, como por ejemplo en este caso donde se efectúa un colgajo de avance cervical, de tipo dermograso supraplatismal, para resecar una cicatriz submentoniana inestética con quistes de inclusión y foliculitis a repetición (**Figura 13**).



Figura 8. Fotos de perfil y de frente. Se observa la mejoría en la extensión del cuello, sumándose a la mejoría en la función, la mejoría estética a nivel de la cara anterior del cuello.



Figura 9. Secuela laterocervical derecha.



Figura 10. Resultado posoperatorio de colgajo paravertebral.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Existe gran cantidad de variables en cuanto a la extensión

y topografía de las secuelas cicatrizales. El uso de las clasificaciones de estas secuelas, en este caso la de Yang, facilita la tipificación y elección de la terapéutica más ade-



Figura 11. Paciente con secuela cervical laterocervical



Figura 12. Resultado posoperatorio de colgajo deltopectoral.



Fig. 12: Colgajo de avance en secuela sin alteración funcional.

cuada, especialmente para los profesionales en formación, como es nuestro caso. Se utilizan así métodos terapéuticos acordes a la gravedad de las mismas, en orden creciente de complejidad, aprovechando al máximo los recursos tisula-

res disponibles según cada paciente en particular, para lograr la máxima recuperación funcional y estética factible, generando la menor morbilidad posible.

BIBLIOGRAFÍA

1. McCarthy J G. *Plastic Surgery. The Face. Part 2. Volume 3.* 1990; 1290-1299.
2. Cormack G, Lamberty B. The anatomical vascular basis of the axillary fasciocutaneous pedicle flap. *Br J Plast Surg* 1983;36:425.
3. Mathes SJ, Nahai F. *Reconstructive Surgery: Principles, Anatomy, & Technique.* New York: Churchill Livingstone; 1997.
4. Jackson I. *Local Flaps for Head and Neck Reconstruction.* St. Louis, Quality Medical Publishing, 2002.
5. Perera C, Fudem G. Aesthetic Reconstruction of Severe Postburn Neck Contractures. *Ann Plast Surg.* 2008; 61(5):559-565.
6. Yang JY, Tsai CF, Chana J, et al. Use of free thin anterolateral thigh flaps combined with cervicoplasty for reconstruction of post burn anterior cervical contractures. *Plast Reconstr Surg.* 2000;110:39.
7. Pallua N, Demir E. Postburn head and neck reconstruction in children with the fasciocutaneous supraclavicular artery island flap. *Ann Plast Surg.* 2008; 60(3): 276-282.
8. Vinh VQ, Ogawa R, Anh T V, Hyakusoku H. Reconstruction of neck scar contractures using supraclavicular flaps: Retrospective study of 30 cases. *Plast Reconstr Surg.* 2007; 119(1): 130-35.
9. Cadena Piñeros E, Moreno A. Colgajo fasciocutáneo en isla de la arteria supraclavicular para reconstruir la región anterior del cuello, reporte de caso. *Rev Colomb Cancerología* 2009;13(2):111-116.
10. Lamberty B G H. The supraclavicular axial-patterned flap. *Br J Plast Surg.* 1979; 32: 131-133.
11. Di Benedetto G, Aquinati A, Pierangeli M, Scalise A, Bertani A. From the charretera to the supraclavicular fascial island flap: revsitation and further evolution of a controversial flap. *Plast Reconstr Surg.* 2005; 115: 70-76.
12. Sereday C, Paredes K, Nacif Cabrera V. El colgajo supraclavicular en la cirugía reconstructiva de cuello. *Rev Arg Cir Plast* 1997; 3(4): 197-204.
13. Pomerane A, Sereday C, Bertone V, Dominikow D, Ortega J. El colgajo supraclavicular en las secuelas de quemaduras cervicales. 14 Años de experiencia. *Rev Arg Cir Plast* 2010; 16(4): 154-159.
14. Gilbert A, Masquelet AC, Hentz VR. *Pedicle Flaps of the Upper Limb. Vascular anatomy, surgical technique and curent indications.* Little, Brown and Company. Martin Dunitz
15. Bakamjiam V Y. A two-stage method for pharyngoesophageal reconstruction with primary pectoral skin flap. *Plast Reconstr Surg.* 1965; 36: 173-80.

CARCINOMA INVASOR CON COMPROMISO COMPLETO DE LABIO INFERIOR. TÉCNICA DE RECONSTRUCCIÓN DE WEBSTER-SCHUCHARDT

Ernesto Moretti¹, Carolina Ramacciotti², Yamil Eid², Hernán Palacios³, Gustavo Sylvestre Begnis³

RESUMEN

La reconstrucción del labio inferior es una práctica compleja y que requiere la restitución de la mucosa, músculos y piel. Se ha descripto una gran variedad de procedimientos; sin embargo, se debe adaptar cada técnica al caso.

Se presenta una paciente con carcinoma espinocelular invasor que compromete la totalidad del labio inferior. Se decidió efectuar la reconstrucción con técnica de Webster y modificada por Schuchardt para compensar en la parte del mentón. Se muestran detalles técnicos así como los resultados funcionales y estéticos obtenidos.

Palabras clave: carcinoma epidermoide, labio inferior, reconstrucción completa.

SUMMARY

Reconstruction of the lower lip is a complex practice that requires to restore the mucosa, the muscles and the skin. There are a variety of procedures, however, each technique must be adapted to each case.

We present a young patient with invasive squamous cell carcinoma that involves the entire lower lip. We decided to perform the Webster Technique reconstruction modified by Schuchardt (chin flap). Technical details, functional and aesthetic results obtained are shown.

Keywords: epidermoid carcinoma, lower lip, full reconstruction

INTRODUCCIÓN

Los labios son estructuras de gran importancia estético-funcional que pueden ser afectados por diferentes noxas como traumatismos, quemaduras y neoplasias.

El carcinoma epidermoide de labio constituye el tumor más frecuente de la cavidad oral, entre 25 y 30%, y representa el 0,6-1% de todos los tumores malignos de la economía del cuerpo. Los cambios inflamatorios, como los producidos por la fotoexposición, los pacientes inmunodeprimidos y las enfermedades crónicas están íntimamente ligados a este tipo de cáncer, así como las infecciones virales con predominio del Herpes virus.¹⁻²

Ante la presencia de lesiones que abarcan el labio inferior en su totalidad, hay múltiples técnicas quirúrgicas publicadas para su resolución, cada una de las cuales presenta ventajas y desventajas. El cirujano debe hacer la elección basado en su experiencia, siem-

1. Jefe del Servicio de Cirugía Plástica y Maxilofacial.
2. Residentes del Servicio de Cirugía Plástica y Maxilofacial.
3. Jefe de Cirugía General y Oncología.

Servicio de Cirugía Plástica - Servicio de Cirugía Oncológica. Grupo Gamma, Sanatorio Los Arroyos. Rosario, República Argentina.
Servicio Universitario de Cirugía Plástica reconocido por la Facultad de Medicina, Universidad Abierta Interamericana (UAI), sede Rosario.

Primer Premio (Área Maxilofacial) de las XV Jornadas Interuniversitarias de Cirugía Plástica, realizadas en Rosario, UAI, 2013.

Correspondencia: contacto@esteticacentrum.com.ar



Figura 1. Carcinoma espinocelular de labio inferior.



Figura 2. Marcación según técnica de Webster-Schuchardt.



Figura 3. Extirpación completa del tumor, con compensación inferior mediante colgajo de Schuchardt. Se realizan dos puntos de transfixión del pedículo vascular para evitar el sangrado de la arteria labial inferior.



Figura 4. Se tallan dos colgajos en badajos de campana.

pre siguiendo los principios básicos en la reconstrucción de la unidad estético funcional:³⁻⁴

- Extirpación completa del tumor primario.
- Mantener funcionalidad y estética.
- Evitar microstomía.
- Elegir colgajos adyacentes al defecto.
- Colgajos realizados en 1 tiempo.
- Reconstruir unidades estéticas completas.

A continuación presentamos el caso de una paciente con afectación en su totalidad del labio inferior y la resolución quirúrgica propuesta y realizada en nuestro servicio.

CASO CLÍNICO

Paciente de sexo femenino, de 46 año, modista, como antecedente de relevancia refería haber presentado lesión herpética de larga data, que acude a la consulta por cua-

dro clínico de 10 meses caracterizado por lesión indolora de patrón vegetante que abarca más 2/3 del labio inferior respetando comisuras (**Figura 1**). Al examen clínico no se palpan adenopatías. Trae examen anatomopatológico realizado 1 mes previo al momento de la consulta a nuestro servicio, que informa carcinoma espinocelular invasor de labio inferior.

En forma conjunta con el Equipo de Cirugía Oncológica de nuestra Institución, se decide la extirpación quirúrgica de la lesión.

Técnica quirúrgica

De las opciones terapéuticas (generalmente 12 son los procedimientos propuestos en forma tradicional por diversos autores³⁻⁸ para reconstrucción completa del labio inferior) se eligió la técnica de colgajos de Webster en combinación con la técnica de Schuchardt. Se realiza diseño del colgajo y marcación (**Figura 2**).



Figura 5. Pieza resecada.



Figura 6. Se puede observar el área de resección a cubrir.



Figura 7. Compensación superior mediante el tallado de los triángulos de Burrow (respetando el músculo orbicularis oris).



Figura 8. Sección a nivel de la comisura del orbicularis oris para movilización de los colgajos sin tensión.

Se procede a la extirpación completa del tumor dentro de un fragmento cuadrilátero que abarca la totalidad del labio inferior (se realiza biopsia por congelación intraoperatoria –técnica de Mohs– que informa bordes libres de lesión); a nivel inferior se avanza sobre mentón y se tallan dos colgajos en badajo de campana, según técnica de Schuchardt (**Figura 3**), realizándose compensación superior mediante el tallado de los triángulos de Burrow para avance y desplazamiento del neolabio inferior (**Figuras 4 a 7**). Se realiza la formación del neobermellón con colgajo de avance de mucosa (**Figura 8 a 10**). Cierre por planos con vicryl 3.0 y 4.0 y mononylon 4.0 y 5.0 de todas las incisiones (**Figura 11**).

RESULTADOS

El examen anatomopatológico diferido de la pieza informa carcinoma escamoso invasor de labio inferior exofítico, bien diferenciado, con moderada atipia nu-

clear y frecuentes mitosis, observándose los márgenes de resección de la pieza libres de lesión.

La paciente presentó buena evolución y se le dio el alta de internación a las 48 horas del posoperatorio. Desde el posoperatorio inmediato, la paciente recibió alimentación semisólida por vía bucal. Se realizó control a los 7 días (**Figuras 12 a 14**) pudiéndose observar líneas de suturas sin tensión y buena continencia esfinteriana.

La paciente fue controlada por nuestro Servicio de Cirugía Plástica a los 30, 60 y 90 días (**Figuras 15 y 16**), siguiendo bajo el control del Servicio de Oncología. En el Comité de Tumores de nuestra institución se decidió control local y no se indicó radioterapia y/o quimioterapia.

DISCUSIÓN

Podemos decir que el carcinoma de labio inferior que presenta nuestra paciente pertenece a la variedad histológica



Figura 9. Se observa la liberación de los colgajos.



Figura 10. Avance y desplazamiento del neolabio inferior.



Figura 11. Formación del neobermellón con colgajo de avance de mucosa. Cierre por planos de las incisiones.



Figura 12. Posoperatorio 7 días. Vista frente. Colgajos vitales y líneas de sutura sin tensión.



Figura 13. Posoperatorio 7 días. Vista de perfil.

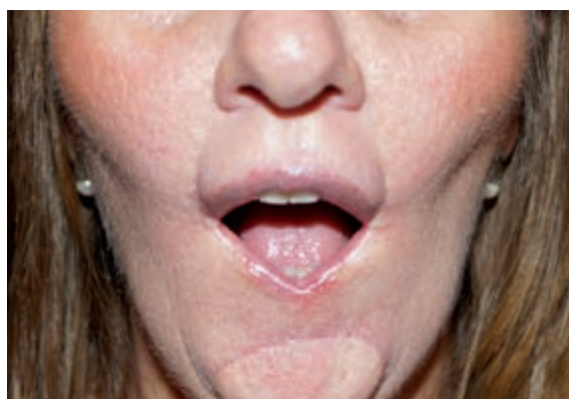


Figura 14. Posoperatorio 7 días. La paciente presenta buena apertura bucal y continencia esfinteriana.

espinocelular. Esta variedad es la que con mayor frecuencia se presenta en dicha región anatómica, seguida en prevalencia por el carcinoma basocelular, según refiere la bibliografía mundial.^{1-2,7-9} Los factores de riesgo asociados en nuestro caso fueron la edad, mayor a 40 años, la presencia en forma crónica de infecciones virales (herpes virus simple 1). No se presentaron como factores asociados enfermedad diseminada ni otras comorbilidades.

La técnica quirúrgica elegida fue seleccionada en base a la localización y el tamaño de la lesión, la cual ocupaba más de 2/3 del labio inferior en región central respetando las comisuras, y la ausencia de enfermedad diseminada.

La técnica de colgajos de Webster es la apropiada para resecciones amplias que comprometen un 40 -50% del labio inferior, pues brinda una plástica fisiológica y presenta buena continencia esfinteriana y sensibilidad, con preservación del pedículo vasculonervioso. Como podemos observar en nuestra paciente, se pudo lograr la cobertura total de la zona resecada, sin tensión de las suturas, ni microstomías. No fue necesaria la realización de comisuroplastia secundaria por comisuras redondeadas, como las que se observan con otras técnicas.



Figuras 15 y 16. Control a los 3 meses de la cirugía.

CONCLUSIÓN

Es de fundamental importancia para la cirugía de reconstrucción labial una buena indicación quirúrgica en base a las características de la lesión y la experiencia del cirujano,

ya que la técnica ideal no existe y debe ser contemplada en cada paciente. La técnica de cuña puede realizarse para defectos que comprometan 1/3 total del labio inferior, y en estos casos es la de elección. Cuando el compromiso es mayor (1/3-2/3 o +2/3), la técnica depende del servicio tratante, y en casos complejos son necesarias técnicas combinadas.

BIBLIOGRAFÍA

1. García-Montesinos Perea B, Val Bernal F, Saiz Bustillo R. Estudio inmunohistoquímico del carcinoma epidermoide de labio. *Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal* (Ed. Impr.) (on line). 2005;10(5):454-461.
2. Quintana JC, Quintana Giralt M. Prevalencia de cáncer de labio en artemisa 1996-2006. *Hospital general Docente Ciro Redondo García. Artemisa- Habana- Cuba. Acta Odontológica venezolana* 2009;47(1):1-8.
3. Gómez García E, Martorell Martínez U, Demaría Martínez G. Reconstrucción labial. *Atlas de Colgajos Locales en la Reconstrucción de Cabeza y Cuello*. 2007, cap.10, pag.:291-325.
4. SECPRE. *Manual de Cirugía Plástica. Reconstrucción Labial*. 2000-2001, tema 34, pag. 425-434.
5. Jackson I. Reconstrucción de labio inferior. *Colgajos locales en la reconstrucción de cabeza y cuello*. 1990, cap. 8, pag. 373-398.
6. Webster R, Coffey R, Kelleher R. Total and partial reconstruction of lower lip with innervated muscle-bearing flap. *Plast Reconstr Surg* 1960;25:360.
7. Cerda JI, Domínguez MJ. Colgajo de Bernard-Webster para la reconstrucción de labio inferior. *Rev Arg Res Cir* 2013;18(1):50-54.
8. Hernández R, González M, Contreras O, Irarrazaval V, Paladines P, Pérez A. Cáncer de labio: posibilidades de reconstrucción. *Rev Chilena de Cirugía* Octubre 1995;47(5):419-424.
9. Ferraina P, Oría A: *Tumores malignos del tracto aerodigestivo superior: labios*. *Cirugía de Michans*, Quinta edición, 2008, cap. 24, pag.: 271-272.

BIOFILM PREVENCIÓN EN IMPLANTES MAMARIOS

Néstor Vincent¹, Ezequiel Vincent¹

RESUMEN

Se describen las etapas recomendadas para evitar la formación del biofilm alrededor de los implantes mamarios.

Se traza el protocolo usado, con la finalidad de disminuir las posibilidades de adhesión bacteriana a la superficie del implante.

La pretensión es disminuir las complicaciones que conllevan esa contaminación bacteriana subclínica.

SUMMARY

We describe the steps recommended to prevent biofilm formation around breast implants.

The protocol used, in order to decrease the chances of bacteria adhering to the surface of the implant, is drawn.

The aim is to reduce the complications involving the subclinical bacterial contamination.

INTRODUCCIÓN

Está ampliamente descrito en la literatura científica el perjuicio que provoca la formación de biopelículas bacterianas adosadas a un implante. Son extremadamente difíciles de ser detectadas, pues la sintomatología clínica es tardía.

La primera reflexión es que los biofilms han pasado inadvertidos en muchos casos.

Las bacterias del biofilm pueden ser hasta 1000 veces más resistentes a los antibióticos que las mismas bacterias fuera de esa comunidad.

Existe una barrera de difusión física y química a la penetración de los antimicrobianos que está constituida por la matriz de exopolisacáridos.

Por otro lado, hay que tener en cuenta que los antibióticos que se utilizan rutinariamente han sido desarrollados frente a bacterias planctónicas, no en el biofilm.

La metodología usada es una multiplicidad de acciones simples, pero necesarias para disminuir la probabilidad de asentamiento bacteriano en el material implantado.

El biofilm es un ecosistema microbiano organizado, conformado por uno o varios microorganismos asociados a una superficie inerte, con características funcionales y estructurales complejas.

Estas células planctónicas se adhieren a una superficie, formando una comunidad, que se caracteriza por la excreción de una matriz extracelular adhesiva y protectora.¹

Ese escudo protector está formado por exopolisacáridos, por debajo del cual conviven bacterias que cooperan a través de señales químicas llamadas *quorum sensing* y que hace que se manifiesten como un organismo multicelular.²

La adaptación de las bacterias demuestran una evolución desde la etapa inicial planctónica hasta la consolidación como biopelículas.

Estas son capaces de desarrollar infecciones crónicas persistentes, resistentes a los tratamientos convencionales.

Son bacterias que se encuentran en un estado latente de diseminación y desarrollan su máximo potencial cuando el huésped presenta una inmunodepresión (síndrome viral, depresión, estrés, etc.). Este comportamiento explicaría la aparición de sintomatología años después de la intervención, sin relación aparente. Como consecuencia, se producirá la formación de seomas o retracciones de cápsulas periimplantes mama-

1. Ciencia Estética Quirúrgica, calle 43 Nro 501, (1900) La Plata, Buenos Aires, Argentina.



Figura 1. Formación de colonias de microorganismos sobre la cubierta de silicona por exposición prolongada al ambiente.

rios, y hasta extrusiones tardías, coincidentes con inmunodepresiones, ya que las bacterias pueden permanecer años en estado larvario, esperando la oportunidad de llegar a un estado de dispersión.³

Básicamente, el biofilm tiene cinco etapas. Las dos primeras son células planctónicas con asociación leve y fuerte adhesión (singularidad de este estado), además de un sustrato protector.

La tercera y cuarta serían la de organización con reproducción y la formación de un escudo protector casi 85% más poderoso que la misma conformación celular.⁴ La quinta es la dispersión bacteriana, donde las manifestaciones clínicas se harán evidentes y con grandes posibilidades de irreversibilidad y diseminación, pues la comunidad bacteriana ha tenido el tiempo y ámbito para mantenerse, reproducirse y crear resistencia antimicrobiana.⁵

La estrategia propuesta es crear una conducta preventiva desde la etapa planctónica y lograr evitar las consecuencias clínicas asociadas.

La aparición del biofilm se ve favorecida por las cargas eléctricas originadas en la polimerización del implante y por las cargas triboeléctricas generadas dentro del microambiente del envase en el que se empaquetan las prótesis. El efecto de la electronegatividad de las cargas de superficie se manifiesta cuando, al abrir el envase, el implante (que presenta una concentración elevada de cargas electrostáticas en su superficie) es capaz de atraer material particulado desde el ambiente, especialmente de origen orgánico, que puede permanecer adherido, produciendo su contaminación.⁶⁻⁸ La resistividad de la silicona permite

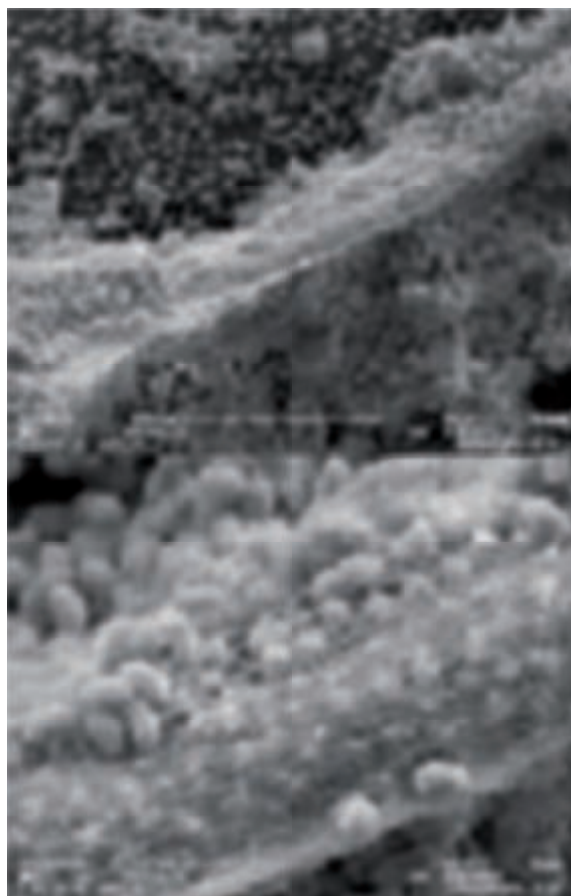


Figura 2. Microfotografía de biofilm

mantener la estática generada hasta que por contaminación eléctrica se neutralizan sus cargas. Se sabe que la humedad reduce este efecto electrostático y por ello es importante sumergir los implantes en una solución antibiótica.⁹⁻¹²

El aire acondicionado reduce considerablemente el vapor de agua del ambiente y contribuye a producir o mantener el fenómeno de estática de los materiales. Por tal razón, hay que disminuir al mínimo el tiempo de exposición del implante.¹³⁻¹⁵

MATERIAL Y MÉTODO

Se evaluaron 988 pacientes, durante 7 años, con edad media de 32 ± 9 años, de los cuales 738 presentaban intervenciones primarias (74,69% de la muestra) y 250 reimplantes (25,30%).

Los pasos recomendados fueron;

1. Prequirúrgico hematológico como máximo de 1 semana de antigüedad (para detectar inmunodepresiones transitorias).

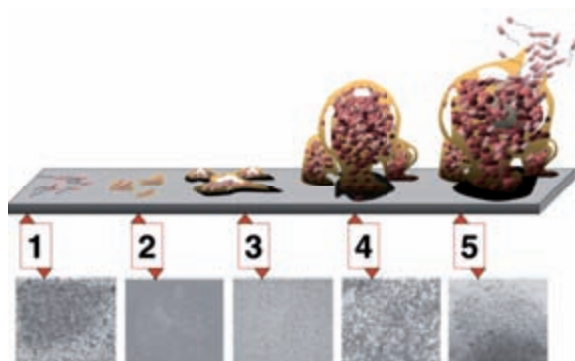


Figura 3. Estadios de la biopelícula.

2. Lavados de la zona con solución jabonosa de yodo povidona al 10% (día anterior y lavados posquirúrgicos); el fundamento es disminuir la población bacteriana dérmica.
3. En la clínica, provisión de ropa estéril, uso de campos quirúrgicos descartables, quirófano con filtro de carbono, horario de la operación matinal y primera intervención del día. Preparación de la zona quirúrgica con solución jabonosa de yodo povidona. Antibioticoterapia en la inducción anestésica.
4. Bloqueo del pezón con film de Tegaderm (es recomendable porque en los galactóforos existen habitualmente gérmenes como el estafilococo, entre otros.
5. La incisión para la introducción del implante, submamaria (zona de menor población bacteriana) como primera alternativa. (Evita la sección de galactóforos y de esa manera disminuye la densidad de bacterias planctómeras).
6. Elaboración del bolsillo, asistida con ultrasonido (UA) para evitar sangrado, drenajes, escaras por cauterización.
7. Lavado de la incisión de introducción del implante con solución de gentamicina; disminuye también la electricidad estática que posee el implante, que no se debe dejar expuesto para evitar la contaminación ambiental. Cambio de guantes quirúrgicos para introducción del implante y lavado de los guantes con solución de suero y gentamicina.
8. Implante usado Mentor (Johnson & Johnson) CPG anatómicos microtexturizado de 5 capas gel altamente cohesivo (la microporosidad disminuye la probabilidad de adherencia bacteriana).
9. Control extremo de hemostasia. No usar en exceso el cauterio, ya que las propias escaras son capaces de ser el inicio de biofilm, razón por la cual no es el medio de disección más aconsejado.

10. Vendaje compresivo por 48 horas, limpieza con solución jabonosa de yodo povidona. Antibioticoterapia por 6 días con gentamina 500 mg cada 8 horas. Uso de ultrasonido externo durante 5 días del posquirúrgico (rompe el escudo de mucopolisacáridos, esto es, el *quorum sensing*) y drenaje (presoterapia) neumático linfático secuencial braquial para disminuir la colección de edemas y evitar el hábitat bacteriano.

RESULTADOS

Los resultados sobre 988 pacientes durante 7 años mostraron:

- En los 738 pacientes primarios (74,69% de la muestra), las complicaciones tempranas y tardías se encuentran por debajo de los estándares internacionales descriptos.
 1. Cápsulas retráctiles: 15 (grado 2 Baker) (2,03%), sensiblemente menor al 11,2% publicado como complicación aceptable.
 2. Equimosis y hematomas: 36 (4,87%).
 3. Extrusión o necrosis: ninguna.
 4. Seromas: 11 (1,49 %), 1 evacuado cultivo negativo.
- En los 250 pacientes secundarios (25,30%) el resultado fue totalmente distinto, tal como si hubieran tenido una biopelícula latente que incluso podría haber sido el factor determinante de la reoperación. Del total de los reimplantes, 115 (46% de los casos secundarios) estaban rotos o fatigados. La antigüedad de los implantes era de 7 ± 11 años.
 1. Cápsulas retráctiles: 24 (2 y 3 Baker) (9,6% sobre el total de las secundarias)
 2. Equimosis y hematomas: 52 (20,8%).
 3. Extrusión: 3 (1,2%).
 4. Seromas: 26 (10,50 %), 19 evacuados, 11 (57,89%) con cultivo positivo (sobre el total de los seromas evacuados) para *Staphylococcus aureus*, resistente a los antibióticos habituales.

CONCLUSIÓN

La conclusión es que, siguiendo los protocolos descriptos en las operaciones, (a) en las intervenciones primarias es posible reducir las complicaciones a cifras alentadoras y

auspiciosas; y (b) en el caso de reimplantes, estamos con un riesgo de complicaciones muy superior, pues existe la posibilidad casi inevitable de sumar a los riesgos habituales la manifestación de una infección latente por biofilm que ha permanecido desde la primera operación. Sabiendo ese riesgo, tendremos que realizar las medidas preventivas ya descriptas adicionando controles y tratamientos más severos.

No está de más recomendar siempre el remplazo del implante, que no solo tendrá el factor de fatiga de material, sino que incrementa la eventualidad de establecer biofilmes adosados al viejo implante. Y como consecuencia, la recidiva inmediata o mediata de complicaciones asociadas.

BIBLIOGRAFIA

1. Stewart PS, Costerton JW. Antibiotic resistance of bacteria in biofilms. *Lancet* 2001;358:135-138.
2. Fux CA, Costerton JW, Stewart PS, Stoodley P. Survival strategies of infectious biofilms. *Trends in Microbiology* 2005;13:34-40.
3. Jackson MB, Cronan JE. An estimate of the minimum amount of fluid lipid required for the growth of *Escherichia coli*. *Biochem. Biophys. Acta* 1978 512:472-479.
4. Dhar N, McKinney JD. Microbial phenotypic heterogeneity and antibiotic tolerance. *Current Opinion in Microbiology* 10: 30-38.
5. Nobile CJ, Mitchell AP. Microbial biofilms: e pluribus unum. *Current biology* 2007;17: 349-353.
6. Hall-Stoodley L, Stoodley P. Development regulation of microbial biofilms». *Current opinion in biotechnology* 2002;13:228-233.
7. Hammer BK, Bassler BL. Quorum sensing controls biofilm formation in *Vibrio cholerae*. *Molecular Microbiology* 2003;50(1): 101-114.
8. Brody G. Silicone technology for the Plastic Surgeon. *Clin Plast Surg* 1988;15(4):517.
9. Virden C, Dobke M, Stein P, Parson CL. Subclinical infection of the silicone breast implant surface as a possible cause of capsular contracture. *Ann Plast Surg* 1992;16(2):1432.
10. Clegg HW, Bertagnoll P, Hightower AW, Baine WB. Mammaplasty-associated mycobacterial infection: a survey of plastic surgeons. *Plast Reconstr Surg* 1983;72(2):165.
11. Vijayaraghavan R, Chandrashekar R, Sujatha Y, Belagavi CS. Hospital outbreak of atypical Mycobacterial infection of port sites after laparoscopic surgery. *J Hosp Infect* 2006;64(4):344.
12. Jefferson K. What drives bacteria to produce biofilm? *FEMS Microbiol Lett* 2004;236 (2):163-173.
13. Pajkos A, et al. Detection of subclinical infection in significant breast implant capsules. *Plast Reconstr Surg* 2003;111(5):160.
14. Donlan R, Costerton JW. Biofilms. Survival mechanism of clinically relevant microorganisms. *Clin Microbiol Rev* 2002;15 (2):167-193.
15. Malaisrie S, Biedlingmaier J. In vivo analysis of bacterial biofilm formation on plastic bioimplants. *Laryngoscope* 1998; 108(11):1733.

NOTICIAS SACPER - REGIONALES

NOTICIAS SACPER

CURSO ANUAL DE ACTUALIZACIÓN DE CIRUGÍA PLÁSTICA

Director: Dr. Justo La Torre Vizcarra

Coordinador: Dr. Gabriel Dávalos Nunes

Secretarios: Dr. Gastón Mendoza - Dr. Federico Fiochi

Del 10 de junio al 25 de noviembre 2014

Martes 10 de junio 21.00 hs.

Tema: Actualización Células Madre - Lipotransferencia

Filial Buenos Aires

Dr. Abel Chajchir

- Medicina regenerativa – Factores de crecimiento
- Mitos y Realidades – Lipotransferencia – Células Madre

Dr. Gustavo Prezzavento

- Lipotransferencia: indicaciones en Cirugía Plástica

Martes 24 de junio 21.00 hs.

Tema: Estética Mama

Filial Mar del Plata

Moderador: Dr. Enrique Gagliardi

Dr. Claudio Ghilardi

- Aumento Mamario Dual Plane

Dr. Esteban Elena

- Reducción Mamaria e Implantes Anatómicos

Martes 5 de agosto 20.00 hs.

Reunión Conjunta CURSO SACPER – SCPBA

Invitados Extranjeros (EE.UU.)

Moderadores: Dr. Juan Carlos Rodríguez

Dr. Luis Vasconez

- Abdominoplastia: Tres cambios en su técnica que debe usar
- Preservación de la capa de Scarpa – Liposucción a nivel Superficial
- Disección con Bisturí, y no con electrocauterio

Dr. Oscar Ramírez

- U M Abdominoplastia, cincha del oblicuo externo y umbilicoplastia en V y chevron 30°
- Ascenso circunferencial inferior del cuerpo, clasificación personal 20

Martes 12 de agosto 21.00 hs.

Tema Cirugía Oncológica Facial

Filial La Plata

Moderador: Dr. Ricardo Losardo

Dr. Martín Menvielle

- Reconstrucción compleja en cara: colgajos preformados, prefabricados, perforantes y libres

Dr. Enrique Arigos

- Reconstrucción de ángulo interno del ojo
- Reconstrucción de labio

Martes 26 de agosto

Tema: Abdominoplastias – Contorno corporal

Filial Córdoba

Moderador: Dr. Guillermo Flaherty

Dr. Oscar Prociakievicz

- Abdominoplastia

Dr. Pablo Paolucci

- Contorno corporal

Martes 9 de setiembre

Tema: Lifting y variantes, hombre, Mc Lift

Filial NOA

Moderador: Dr. Jorge Herrera

Dr. Javier Vera Cuchiaro

- Lifting variantes, hombres, Mc Lift

Dr. Carlos Pestalardo

- Rejuvenecimiento facial; mi abordaje actual

Martes 23 de setiembre

Tema: Auriculoplastia

Filial Buenos Aires

Moderador: Dr. Julio Cianflone : *Auriculoplastias*

Dra. Cristina Olivera

- Cirugía reconstructiva de pabellón auricular

Dr. Ruben Aufgang

- Microtia

Martes 14 de octubre

Tema: Estética facial no invasiva y cirugía facial mínimamente invasiva

Filial NEA

Moderador: Dr. Omar Ventura

Dra. Iris Blanco

- Rejuvenecimiento facial con laser no ablativo

Dr. Gustavo Grisevich

- Tratamiento de nariz negroide (platirrina) con hilos tensores
- Pexia meso facial con hilos tensores submucoso

Dr. Gustavo Abrile

- Lipotransferencia facial estética y reparadora

Martes 28 de octubre

Tema: Rinoplastia – Septumplastias

Filial Mendoza

Moderador: Dr. Walter Servi

Dr. Luis Sananes

- Rinoplastias Secundarias

Dr. Aníbal Mira:

- Septumplastias

Martes 11 de Noviembre

Tema: Reconstrucción Mamaria

Filial Rosario

Moderador: Dr. Jorge Buquet

Dra. Depetris Verónica**Dr. Arce Carlos****Dr. Acevedo Rodrigo**

Inscripciones: en Secretaría de la AMA de 13 a 19 hs.

Miembros Titulares: sin cargo

Miembros de Regionales y Residentes: \$550

No miembros: \$2800

Sociedad Argentina de Cirugía Plástica, Estética y Reparadora. Av. Santa Fe 1611- 3º piso.

(C1060ABC) Buenos Aires, Argentina

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

www.sacper.org.ar

45º CONGRESO DE CIRUGÍA ABRIL/2015**Estimados colegas y amigos:**

La Regional NOA se enorgullece de darles la cordial bienvenida para nuestro próximo Congreso a realizarse en **abril de 2015** en la ciudad de Salta, "La Linda".

En un trabajo conjunto con la actual Comisión Directiva de nuestra entidad madre SACPER, se ha decidido bonifi-

car parte de la inscripción a sus miembros, por los meses de junio y julio, en forma excepcional y sin prórrogas, del precio original de 3000 pesos quedará en 1800 pesos (solo junio y julio de 2014). Para poder acceder a este beneficio el asociado deberá estar al día con sus cuotas societarias.

Para terminar, les informamos que a partir de agosto, tendremos tarifas especiales para Hotelería y Aéreos, ya que dada la actual situación económica todavía no pueden cotizar para abril de 2015.

Un cordial saludo.

Dr. Mario Milet - Presidente Congreso 2015

Dr. Javier Vera Cucchiari - Presidente Comité Científico

NOTICIAS REGIONALES**SOCIEDAD DE CIRUGÍA PLÁSTICA DE BUENOS AIRES**

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA ARGENTINA

"Santa María de los Buenos Aires" - Facultad de

Ciencias Médicas - Cátedra de Cirugía Plástica, Estética y Reparadora

El 27 de junio del corriente año se realizó la **28º Jornada Universitaria de Cirugía Plástica** y el **2º Encuentro Latinoamericano de Cirujanos Plásticos Egresados de la Cátedra de Cirugía Plástica de la UCA**, en el auditorio Santa Cecilia, de nuestra Universidad. El encuentro contó con la presencia de los presidentes de la SACPER y SCPBA.

X Jornadas Nacionales Interdisciplinarias.**Diagnóstico y Tratamiento del Niño con Fisura Labio-Naso-Alvéolo-Palatino**

Estimado socio:

Los invitamos a participar, presentando o concurriendo, a las **X Jornadas Nacionales Interdisciplinarias. Diagnóstico y Tratamiento del Niño con Fisura Labio-Naso-Alvéolo-Palatino**, que se van a llevar a cabo los días 10 y 11 de octubre en la ciudad de La Plata. Como siempre, la inscripción es sin cargo. (Más información y formulario de inscripción en <http://www.fisuralabiopalatina.com.ar/>). Enviar el resumen y el trabajo completo antes del 30 de agosto de 2014. En próximas comunicaciones adjuntaremos listado de hoteles y medios de transporte.

Dra. Paulina Iwanyk

Coordinadora Científica

Comité de Referencia y Contrarreferencia del Niño con FLAP

19° Simposio Internacional de Cirugía Plástica "Siglo XXI"

Sociedad de Cirugía Plástica de Buenos Aires

27, 28 y 29 de Noviembre 2014

Auditorio Juan Pablo II - Universidad Católica Argentina

Alicia Moreau de Justo 1680 - Puerto Madero
Buenos Aires - Argentina

Temas

**MASTOPLASTIAS - GLUTEOPLASTIAS
RINOPLASTIAS - LIPOTRANSFERENCIA**

Autoridades

Presidente de Honor:
Prof. Dr. Ivo Pitanguy

Presidente:
Dr. Omar Ventura

Presidente Comité Científico:
Dr. Abel Chajchir

Secretario General:
Dr. Carlos Pestalardo

Tesorero:
Dr. Eduardo Marchioni

Relaciones Públicas y
Comunicación:
Dr. Agustín Ali

Comité Científico:
Dr. Jorge Buquet
Dr. Enrique P. Gagliardi
Dr. Ruben Rosati

Profesores Invitados



Prof. Dr. Ivo Pitanguy (Brasil)
Maestro de la cirugía plástica



Dr. Daniel Del Vecchio (USA)
American Board of Plastic Surgery (ABPS)
American Society of Plastic Surgeons (ASAPS)
American Society for Aesthetic Plastic Surgery (ASAPS)



Dr. Jack Fisher (USA)
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 Brasileiro de Cirujanos
Miembro de la International College of Surgeons



Dr. Constantino Mendieta (USA)
American Board of Plastic Surgery (ABPS)
American Society of Plastic Surgeons (ASAPS)
American Society for Aesthetic Plastic Surgery (ASAPS)



Dr. Joao de Moraes Prado Neto (Brasil)
Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina de la Universidad de San Pablo
Presidente de la Sociedad Brasileira de Cirugía Plástica
Representante sudamericano en el Educational Council de ISAPS

**ACTIVIDAD PRESIMPOSIO
27 de Noviembre**

Simposio Satélite Láser XXI



Láser Plast Dermo Láser

Informes e Inscripción

Sociedad de Cirugía Plástica de Buenos Aires

Av. Santa Fe 1611 3 - 1060 - CABA

Tel.: 4816-3757 / 0346

e mail: info@scpba.com.ar - www.scpba.com.ar

Categorías Hasta el 16/08/14

Miembros de SCPBA	\$1500.-
M. Vitalicios 50% descuento	
Miembros de SACPER, Filiales	\$1500.-
Miembros FILACP, IPRAS, ISAPS	\$1500.-
No Miembros	\$3500.-

Categorías Hasta el 15/10/14

Cirujanos Plásticos en Formación (registrados en la SCPBA)	\$600.-
Cirujanos Plásticos en Formación (no registrados en la SCPBA)	\$1000.-

SOCIEDAD DE CIRUGÍA PLÁSTICA DE CÓRDOBA



SOCIEDAD DE CIRUGÍA PLÁSTICA DEL NORDESTE

I Curso Intensivo de Cirugía Estética Facial
1 y 2 de agosto de 2014
Puerto Iguazú, Misiones



Jornadas de Quemados

Se realizarán, organizadas por Sociedad de Cirugía Plástica Regional NEA, los días 8 y 9 de agosto del corriente año, en la Ciudad de Resistencia, Chaco.
Dra. Iris Hebe Blanco - drahebeblanco@yahoo.com.ar

X Reunión de Regionales de la SACPER y III Reunión de Residentes de la SACPER

Estimado colega:

Se están organizando estas Reuniones, en el marco de la Jornada de las 4 Fronteras. Tendrán lugar en el Hotel Howard Johnson de la ciudad de Formosa, el 12 y 13 de septiembre de 2014. Contaremos con la participación de prestigiosos disertantes en los siguientes ejes temáticos: *Contorno corporal: gluteoplastia. Cirugía reconstructiva. Tecnología aplicada a la Cirugía Plástica.* Adjuntamos un flyer informativo y la ficha de inscripción (con los datos para hacer transferencia o depósito bancario).

Comité Organizador.



X Reunión de Regionales de la S.A.C.P.E.R.

III Reunión de Residentes de Regionales de la S.A.C.P.E.R.

organiza: 4FRONTERAS

FORMOSA - ARGENTINA
12 y 13 de Septiembre de 2014
Lugar: Hotel Howard Johnson

TEMAS CENTRALES:

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

Presidente de la SCPNEA

Dr. Jorge Ferreyra

Directora

Dra. María Emilia Mancebo Grab

Comité organizador

Presidente: Dra. Georgia Martínez

Dra. Hebe Blanco

Dr. Gustavo Abribe

Comité Científico

Presidente: Dr. Alejo Cruz Paredes

INFORMES E INSCRIPCION:

jornada4fronteras2014@gmail.com - alejocruzparedes@yahoo.com.ar
dramancebograb@gmail.com - jrf@arnet.com.ar -
dra.georgiamartinez@gmail.com

Miembros Regionales y SACPER: \$600
Residentes: \$300



Formulario de Inscripción

X Reunión de Regionales de la S.A.C.P.E.R.

Completar el formulario y remitirlo a: jornada4fronteras2014@gmail.com / dra.georgiamartinez@gmail.com

Apellido y nombres: _____

Profesión: _____

Teléfonos: _____

e-mail: _____

Domicilio: _____

Matricula n°: _____

Hospital: _____

Cargo: _____

Residente / Cursista: _____

Miembro de la Sociedad: ☐ SCPNEA ☐ S.A.C.P.E.R

Modalidad de Pago (marcar x): ☐ Contado

☐ Depósito Bancario(*)

☐ Transferencia bancaria (*)

(*) DATOS DE LA CUENTA

Banco: Santander Río s.a.

CBU: 0720148220000000470672

cta.cte. : 4706/7

sucursal 148

cuit.: 30-71236861-2

* Adjuntar comprobante de la transferencia o depósito bancario.

FORMOSA - ARGENTINA
12 y 13 de Septiembre de 2014
Lugar: Hotel Howard Johnson