

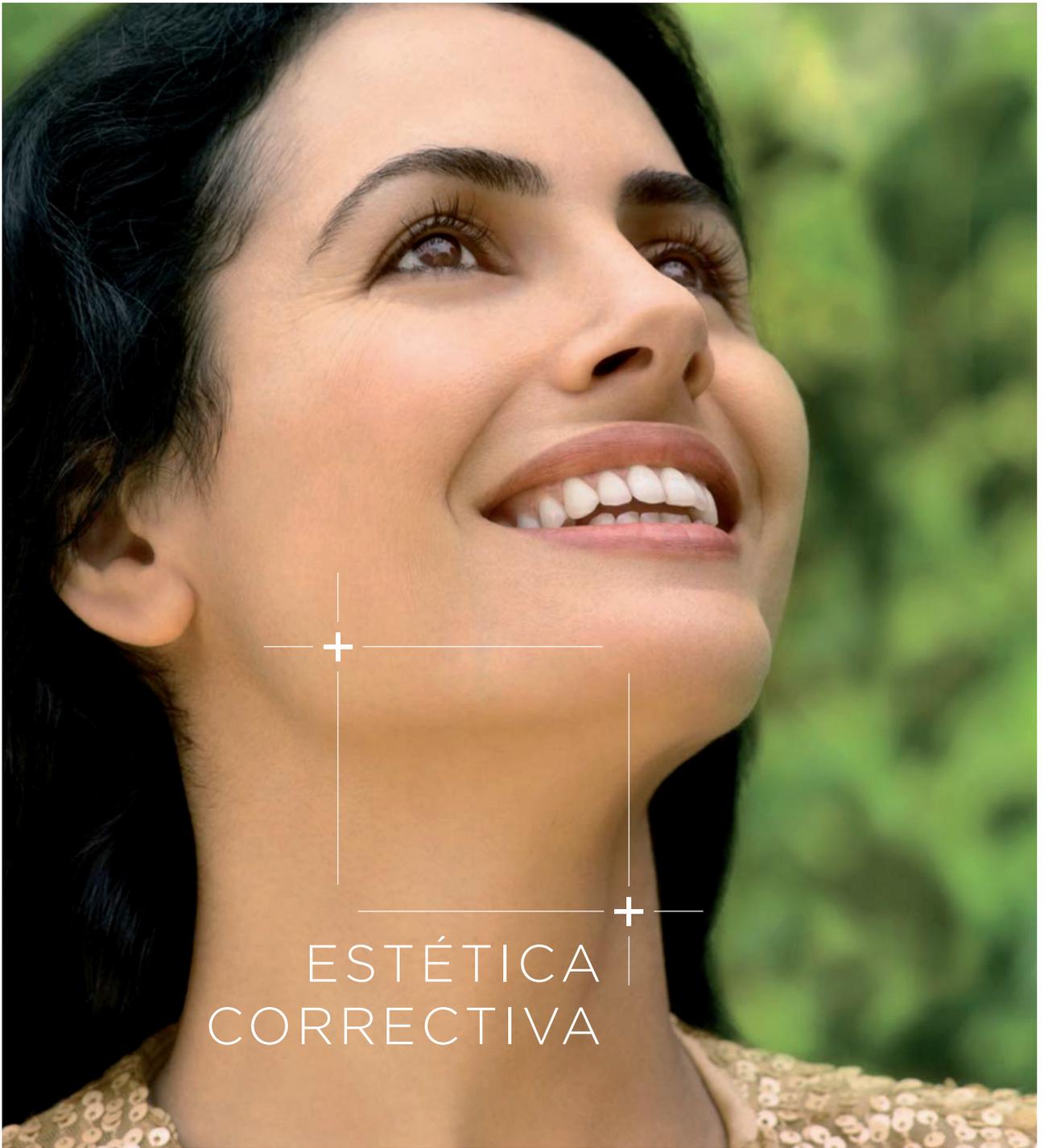
REVISTA ARGENTINA DE

Cirugía Plástica

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



ASOCIACIÓN MÉDICA ARGENTINA



ESTÉTICA
CORRECTIVA

La línea más completa

 **Dysport®**
TOXINA BOTULÍNICA TIPO A 500U

 **Pliaglis®**
(7% hioxane & 7% tetrazine)

Emervel®


Restylane®

Restylane®
SKINCARE

Restylane
SKINBOOSTERS™

GALDERMA
Committed to the future
of dermatology



*Más de 37 años
a la vanguardia de
la Medicina Estética*

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

*Caminando hacia el futuro
junto a los médicos.*



Seguridad en implantes
y expansores



Excelencia en dermatoscopia digital
y mapeos corporales



Evolución en láser

www.medicsa.com.ar



Importador y Distribuidor para la República Argentina
Uruguay 775 2°B (C1015ABO) Buenos Aires, Argentina Tel. (54 11) 4372-2253 (L.R.) | info@medicsa.com.ar | www.medicsa.com.ar



HSC - GEL COHESIVO DE ALTO DESEMPEÑO

Este gel se desarrolló especialmente con estructura polimérica que se traduce en menos fractura y perfecta cohesividad. El HSC es lo suficientemente suave como para simular la consistencia natural del tejido de los senos, y lo suficientemente firme como para mantener la forma del implante.

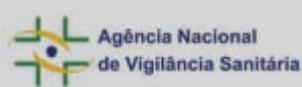
- Resistencia sin fractura del gel.
- Suavidad sin comprometer la forma de retención.

TECNOLOGÍA DE BARRERA CON MEMBRANAS LOW-BLEED.

Las membranas fabricadas por SILIMED tienen varias capas de barrera, lo que se denomina "low bleed".

- IMPLANTES MAMARIOS
- IMPLANTES GLUTEOS
- IMPLANTES DE PANTORRILLAS
- IMPLANTES FACIALES
- EXPANSORES

CERTIFICADOS DE CALIDAD



Distribuidor en Argentina: **G.E Lombardozzi S.A.**

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 y NOA Tucuman

www.gelombardozzi.com.ar



**COMISIÓN DIRECTIVA
SACPER - 2015**

Presidente

Dr. Javier J. Vera Cucchiaro

Vicepresidente

Dr. Rubén E. Rosati

Secretario General

Dr. Alberto J. Abulafia

Prosecretario

Dr. Pedro H. Bistoletti

Tesorero

Dr. Raúl Tolaba

Protesorero

Dr. Aldo G. Minnozzi

Secretario de Actas

Dr. Gustavo Abrile

Director de Publicaciones

Dr. Ramiro L. González Oliva

Subdirector de Publicaciones

Dr. Federico Flaherty

Vocales Titulares

Dr. Fabián E. Cortiñas

Dra. Patricia E. Ahualli

Dra. M. Laura Da Costa Firmino

Dr. Edgardo A. Raggi

Vocales Suplentes

Dr. Gustavo A. Chajchir

Dr. Juan M. Seren

Dr. Mario G. Sosa

Dr. Joaquín A. Pefauré

Presidente anterior

Dr. Francisco J. Famá

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

minimvasivos

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
Continua**

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 Vassaró

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

CAPÍTULOS, COMISIONES Y COMITÉS

Año 2014

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

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

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



COMITÉ DE REDACCIÓN

Año 2014

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 Benaim (Cirujano Maestro)

Comité de Redacción

Dr. Ulises De Santis

(Cirujano Maestro)

Consejo Consultor Nacional

Dr. Alberto Albertengo

(Cirujano Maestro)

Dr. Luis Inchaurreaga

(Cirujano Maestro)

Dr. Osvaldo Orduna

(Miembro Honorario Nacional)

AUTORIDADES DE REGIONALES

Año 2014

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

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

Santa Fe 1611 3º Piso - (1060) Ciudad Autónoma de Buenos Aires

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

info@scpba.org.ar

Presidente: Dr. 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.scper.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.

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

CONSIDERACIONES 2014/2015

Este ha sido un año de incertidumbres, fluctuaciones, pérdidas... Qué fácil es rendirse, con tantas dificultades, nos suceden cosas que tiran de nosotros hacia la parte negativa de nuestro ser. Pero qué es la vida, sino una sucesión de guerras, peleas, decisiones, por lo que queremos planear; también podemos optar por vivir en medio de lamentos, inculpando a terceros y solo ver el vaso medio vacío. Algo muy importante para no rendirse es tomar las riendas de las circunstancias que nos toca vivir y decidir hacia dónde nos dirigimos. Tener una visión a largo plazo nos ayuda a pasar por sobre las cosas negativas diarias, de familia, de trabajo, económicas, siempre hay cosas para resolver. Una buena salud mental es aceptar lo que nos pasa, resolver la situación y elevar la mirada al porvenir. Qué es la felicidad, es tener un proyecto de vida coherente y atractivo en el que tienen que estar incluidos, necesariamente, el amor, el trabajo, la cultura y la amistad. Tenemos que envolver todo lo que implica la felicidad con ilusión y expectativa como cuando abrimos un regalo. También en algún sentido el sufrimiento, ya sea pequeño, mediano o grande, cercano o no, nos hace madurar.

Queridos amigos, vivir es arriesgarse, programar, saltar por encima de las dificultades y dolores, y volver a empezar siempre. Porque la felicidad es un estado de ánimo donde uno va superando las derrotas, las pérdidas, donde nos reciclamos permanentemente. No nos demos por vencidos ni aun vencidos, no nos sintamos esclavos ni aun siendo esclavos. Porque las batallas las ganan los militares, pero las guerras las ganan los maestros. Seamos maestros de nuestras vidas. Bendiciones para el año 2015. Felices fiestas.

Dra. Martha O. Mogliani
Editora

RIPPLING EN MASTOPLASTIA DE AUMENTO.

ETIOLOGÍA, FISIOPATOLOGÍA Y POSIBILIDADES TERAPÉUTICAS

Luis Alejo Pezzutti¹, Alejandro Paglia, Rubén E. Rosati

RESUMEN

La mayor aceptación a nivel mundial de la cirugía estética y la importancia emergente de la imagen corporal en los últimos años, ha generado un incremento sostenido en la cirugía de aumento mamario con implantes. Una de las complicaciones observadas es el Rippling, el cual se expresa por la presencia de pliegues y arrugas en la piel de la mama operada. Es nuestra intención demostrar su etiología, los diferentes mecanismos que lo producen y mencionar las posibilidades terapéuticas utilizadas en la actualidad para su reparación.

INTRODUCCIÓN

La mayor aceptación a nivel mundial de la cirugía estética y la importancia emergente de la imagen corporal en los últimos años han generado un incremento sostenido en la cirugía de aumento mamario con implantes¹. A lo largo de la historia, los implantes mamarios han sido sometidos a variaciones en su diseño con el fin de mejorar su performance y disminuir el índice de complicaciones. Simultáneamente, los cirujanos han desarrollado nuevas técnicas con el objetivo de disminuir la incidencia de complicaciones asociadas a la atrofia de los tejidos periprotésicos y las cápsulas finas. Entre estos últimos se encuentra el *rippling*.

El *rippling* se manifiesta como surcos o arrugas en la piel de la mama operada que por lo común comprometen el polo superior. Generalmente se presenta como arrugas lineales con un patrón deter-

minado, que pueden afectar tanto el cuadrante interno como el externo.

Es nuestra intención demostrar su etiología, los diferentes mecanismos que lo producen y mencionar las diferentes técnicas utilizadas en la actualidad para su reparación.

DINÁMICA IMPLANTE-TEJIDOS BLANDOS

La etiología del *rippling* se encuentra íntimamente relacionada con la presencia de cápsulas finas y la atrofia de los tejidos periprotésicos. El implante ejerce cierta presión hacia los tejidos blandos suprayacentes para darle forma a la mama. A su vez, los tejidos blandos suprayacentes ejercen una contrapresión sobre el implante, que será mayor o menor dependiendo de la complacencia de la cobertura cutánea, las capas de tejidos (glándula y/o músculo) interpuestas entre el implante y esta, la proyección y firmeza del implante y otros factores como las características genéticas de los tejidos. La interacción entre las fuerzas de los tejidos y del implante en el tiempo, combinado con los inevitables

1. Cirujano Plástico UBA. Instituto Argentino de Diagnóstico y Tratamiento S.A, Hospital Churrucá-Visca. CABA, Rep. Argentina.



Figuras 1 y 2. *Rippling* en cuadrante superomedial de la mama izquierda.



Figura 3. *Rippling* en cuadrantes superiores de ambas mamas.

cambios propios del envejecimiento, serán los que determinarán el resultado a largo plazo de la cirugía mamaria con implantes (**Gráficos 1 y 2**).

La implantación de una prótesis inicia una serie de eventos complejos (anatómicos, biológicos y mecánicos) que varían de paciente en paciente y con el tiempo. El riesgo de complicaciones como adelgazamiento cutáneo, atrofia del tejido celular subcutáneo y del parénquima mamario, ptosis, bordes visibles del implante y *rippling* se relacionan directa e indirectamente con la dinámica implante-tejidos blandos.

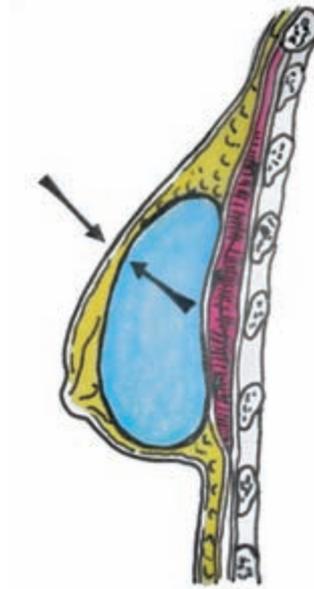
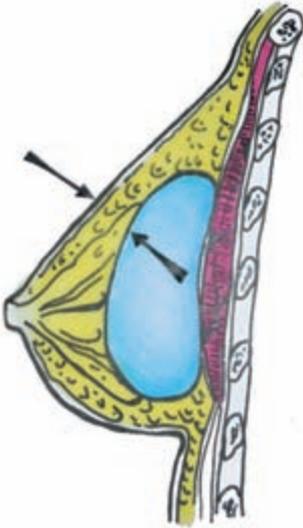
La dinámica existente entre la prótesis implantada y los tejidos blandos afecta tanto el resultado a corto como a largo plazo en la cirugía mamaria con implantes

ETIOLOGÍA. FISIOPATOLOGÍA

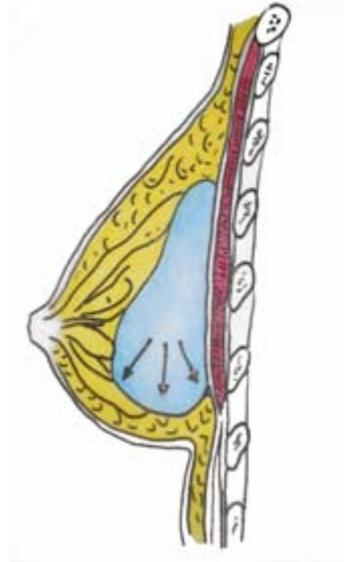
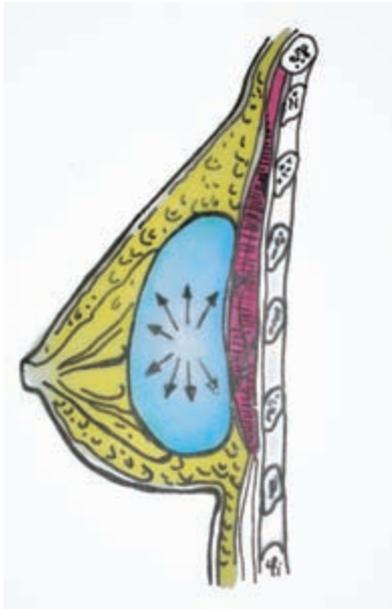
Los implantes mamarios rellenos con solución salina, típicamente tienen cierto grado de *rippling*. La razón exacta de porqué sucede el *rippling* tiene que ver con cuan bien se adhiere y cubre la superficie interna del implante el material de relleno, cómo así también a la propia viscosidad del mismo. El gel de silicona, sustancia viscosa y con más peso que la solución salina, cubre y se adhiere a la pared interna del implante en forma favorable, siendo relativamente efectivo en disminuir la incidencia de *rippling*. En el caso de la solución salina esta fluye fácilmente y no se adhiere bien a la superficie interna de la pared del implante, permitiendo que el implante se pliegue. Esto es habitual con los implantes de solución salina y dependerá del plano de inclusión del implante y de la calidad de tejidos de la paciente, que esos pliegues se exterioricen a nivel cutáneo o no^{2,3} (**Gráficos 3 y 4**).

Con respecto a la superficie del implante, aquellos implantes salinos de superficie texturizada son particularmente susceptibles de producir *rippling* debido al mayor grosor de su pared (más difícil para la solución salina de “empujar” hacia fuera) y a la fuerza de tracción del implante sobre la cápsula periprotésica que se forma. Por lo tanto, la combinación de implante salino de superficie texturizada en plano retroglándular tendría la mayor incidencia de *rippling*^{2,3}.

Existen dos tipos de *rippling*, el producido por subllenado del implante (*underfill rippling*) y al producido por tracción de la cápsula (*traction rippling*)⁴, ambos clínicamente difíciles de diferenciar. Tiempo atrás,



Gráficos 1 y 2. Izquierda: Dinámica implante-tejidos blandos. Derecha: Nótese la atrofia de los tejidos sobre el implante en el tiempo.

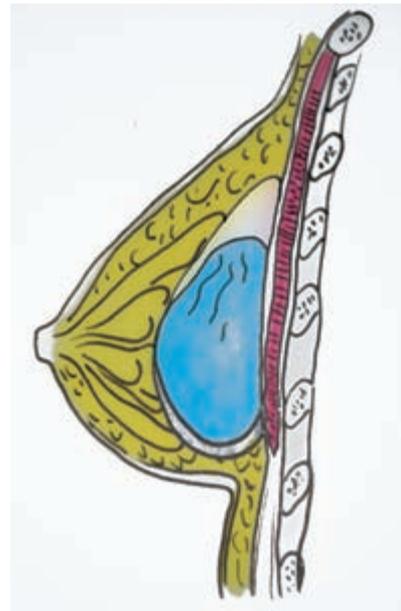
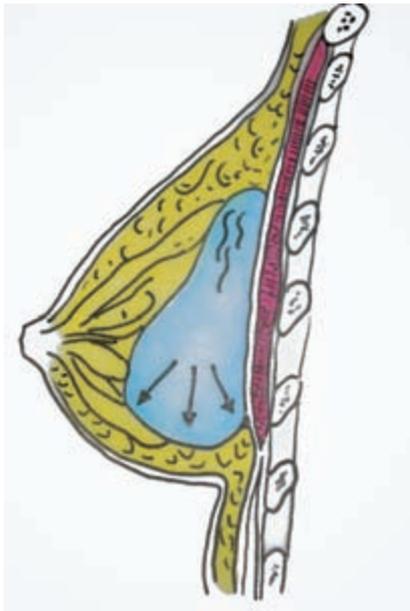


Gráficos 3 y 4. Izquierda: Implante relleno de gel de silicona. El contenido se adhiere bien a la superficie interna del implante. Derecha: Implante de solución salina. El contenido fluye fácilmente hacia el polo inferior en la posición supina.

prácticamente todos los implantes mamarios eran diseñados subllenados para ofrecer una mejor sensación al tacto. En el posoperatorio inmediato, debido a la presión ejercida por los tejidos blandos sobre el implante, se mantiene una distribución adecuada y equitativa del material de relleno tanto en el polo superior como en el inferior. A medida que el polo inferior del bolsillo mamario se relaja (o en un bolsillo mamario extremadamente laxo preoperatoriamente) menos presión se ejerce sobre el implante mamario, y en un implante

subllenado esto permite la redistribución del material hacia el polo inferior. Como consecuencia de esto último, aparecen los pliegues en el implante y consecuentemente el *rippling* a nivel del polo superior mamario (*underfill rippling*).

En el caso de implantes redondos de superficie lisa, el implante siempre se desplaza hacia el fondo del bolsillo periprotésico por acción de la gravedad en la posición supina. Por lo tanto, un implante redondo de superficie lisa y subllenado no sólo se posiciona en el fon-



Gráficos 5 y 6. *Underfill rippling* en implantes solución salina y superficie lisa. **Izquierda:** Redistribución de la solución fisiológica hacia el polo inferior. **Derecha:** Descenso del implante hacia el fondo del bolsillo. Los pliegues sobre el implante podrían ser camuflados por el parénquima suprayacente.

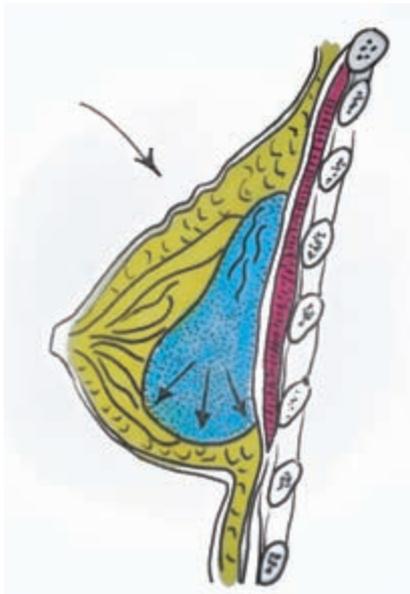


Gráfico 7. *Underfill rippling* en implante de superficie texturizada. Al estar el implante adherido a los tejidos periprotésicos, es mayor la posibilidad de que los pliegues sobre este se exterioricen cómo *rippling* a nivel cutáneo.

do del bolsillo periprotésico, sino también presentará una redistribución del material de relleno hacia el polo inferior. Ambos fenómenos permitirán que el polo superior del implante colapse y se pliegue, pudiendo exteriorizarse esto último como *rippling* a nivel del polo superior⁴ (**Gráficos 5 y 6**).

El *rippling* a nivel del polo superior mamario se hizo más evidente aún con el advenimiento de los implan-

tes de superficie texturizada. Si un implante subllenado de superficie texturizada tiene la suficiente textura para producir la fricción necesaria para que el polo superior del implante se mantenga a nivel del polo superior del bolsillo, o si realmente se adhiere como resultado de crecimiento tisular, es lógico pensar que el *rippling* en el posoperatorio será clínicamente más evidente. Un implante equivalente pero de superficie lisa, al no adherirse a la cápsula periprotésica se ubica en el fondo del bolsillo, donde los pliegues del implante podrán ser camuflados por el parénquima mamario suprayacente. La observación de este fenómeno ha llevado a la conclusión de que los implantes de superficie texturizada, especialmente aquellos con una textura más prominente, producen más *rippling* (**Gráfico 7**).

Es importante mencionar y diferenciar el *rippling* por tracción (*traction rippling*). Todo implante, como mencionamos anteriormente, se moviliza hacia el fondo del bolsillo periprotésico con el paciente de pie. Si ese mismo implante tiene una diámetro inadecuado para expandir el bolsillo en sentido horizontal a medida que desciende en el mismo, la tracción vertical localizada en la cápsula y cobertura tisular puede producir pliegues verticales a nivel de éste último. Estos pliegues verticales son generalmente más largos y más aparentes a nivel medial en la mama comparados con los producidos a nivel del polo superior del *underfill rippling*.



Figuras 4 y 5. Paciente de las Figuras 1 y 2 luego del injerto graso.

POSIBILIDADES TERAPÉUTICAS

En cuanto a las posibilidades terapéuticas para el tratamiento del *rippling*, podemos dividir las de la siguiente forma:

Primera línea de tratamiento

Debido a la etiología multifactorial del *rippling*, para la corrección del mismo generalmente se requerirá de la modificación de más de una variable. Es así que luego de evaluado individualmente el caso problema, se podrá optar por un cambio del implante, ya sea del material de relleno o superficie externa, asociado o no a una modificación del plano de implantación según las características tisulares propias de cada paciente.

Segunda línea de tratamiento

Injerto de grasa autóloga

La grasa injertada presenta muchas de las cualidades de los materiales de relleno (“fillers”) ideales. Es autóloga y totalmente biocompatible, en la mayoría de los pacientes disponible en cantidades suficientes, se integra naturalmente a los tejidos del receptor y es potencialmente un relleno definitivo⁵. La utilización de grasa como injerto autólogo ha alcanzado gran aceptación en las últimas dos décadas. Si bien el uso de grasa ha sido inicialmente cauteloso no sólo por el riesgo de calcificaciones, sino también por los nódulos que pueden resultar y el riesgo de dañar implantes en el caso de estar presentes, actualmente existen cinco escenarios diferentes en cuanto a la utilidad de la infiltración grasa en cirugía mamaria⁶:

- Corrección de irregularidades del contorno luego de cirugía de reconstrucción mamaria
- Corrección de defectos luego de lumpectomías
- Aumento con fines cosméticos de la mama
- Camuflaje de irregularidades luego de la cirugía de aumento mamario
- Reconstrucción mamaria luego de mastectomías

Nuevos materiales: sustitutos dérmicos

Una posibilidad terapéutica para solucionar o mejorar el *rippling* consiste en reforzar la cápsula periprotésica mediante el uso matriz tisular desarrollada en 1994 Según la clasificación de sustitutos cutáneos de Balasubramani y cols.⁷, el Alloderm[®] corresponde a un sustituto clase II, Aplicado *in vivo* se observa una rápida revascularización e invasión fibroblástica del material, que concluirá con la incorporación del mismo y la generación de nuevo tejido con el fin de reforzar la cápsula periprotésica.^{8,9}

Aunque las indicaciones para los injertos periprotésicos todavía tienen que ser determinados, la evidencia clínica de los mismos en cuanto a efectividad para expandir y reforzar la cápsula son alentadores.

Capsulorrafia

Teniendo como uno de los factores causales de *rippling* a la desproporción que pudiera existir entre el tamaño del bolsillo y el implante, es lógico pensar que el modelado del bolsillo o reajuste de sus dimensiones pueda corregir el defecto de contorno. La posibilidad de mejorar los pliegues visibles mediante una capsulorrafia o realizando una capsulectomía parcial para ajustar el bolsillo, son herra-

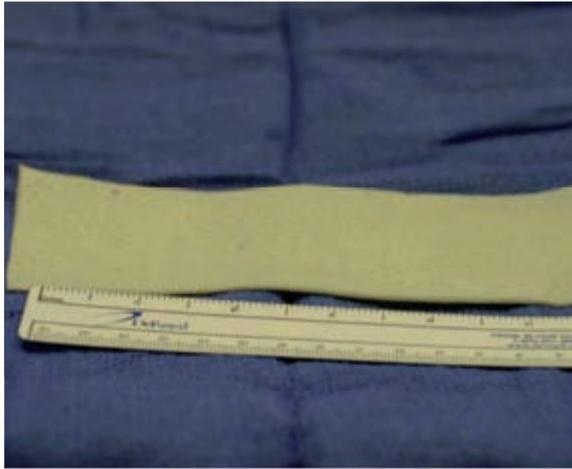


Figura 6. Dermis acelular humana hidratada (Alloderm®). Gamboa-Bobadilla GM. Ann of Plast Surg 56(1):22-25, 2005.

mientas terapéuticas posibles. Sin embargo, poco se ha escrito al respecto.^{10,11} Si bien puede ser aplicado al tratamiento del *rippling* secundario a la desproporción bolsillo-implante, no existe bibliografía que haga referencia directa a casos de *rippling* tratados con esta técnica.

Colgajo de pectoral mayor (trapdoor flap)

El colgajo trapdoor¹² es presentado como una alternativa más simple que al cambio de plano del implante cuando se encuentra subglandular. Si bien el *rippling* es más frecuente a nivel lateral de la mama, pareciera más sintomático cuando afecta la porción medial de la misma, particularmente el cuadrante inferomedial.

Injerto de fascia lata

En orden de mejorar la calidad y grosor del tejido que cubre el implante, una alternativa menos invasiva al colgajo trapdoor de pectoral mayor es el injerto de fascia lata descrito por Mc Gregor¹³. Este puede ser in-

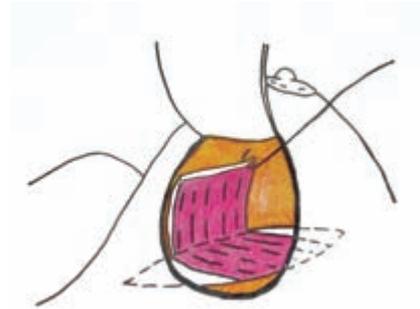


Gráfico 8. Diseño del colgajo trapdoor de pectoral mayor.

jertado dentro o fuera de la cápsula, por debajo del nivel en donde se manifiesta el *rippling*.

CONCLUSIÓN

La etiología del *rippling* es multifactorial. Se relaciona con el volumen de llenado del implante (implantes subllenados), la superficie del implante (más comunes con implantes de superficie texturizada), la sustancia de llenado del implante (la incidencia es inversamente proporcional al aumento de la viscosidad de la sustancia de llenado) y el grosor del tejido que cubre el implante (más común con los implantes en posición retroglandular). Es por esto que tener presente en el planeamiento quirúrgico la dinámica implante-tejidos blandos, en lo que concierne al abordaje operatorio, plano anatómico de localización del implante y la selección del implante adecuados, es el *gold standard* para obtener buenos resultados a corto y largo plazo en la Mastoplastia de Aumento con implantes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Allen, M; Oberle, K. Augmentation mammoplasty: a complex choice. Health Care Women Int (90): 81-90, 1996.
2. Eppley, BL. Rippling of Saline Breast Implants. www.exploreplasticsurgery.com/www.eppleyplasticsurgery.com
3. Eppley, BL. Rippling in Silicone Breast Implants. www.exploreplasticsurgery.com/www.eppleyplasticsurgery.com
4. Tebbets, JB. What is Adequate Fill? Implications in Breast Implant Surgery. Plast Reconstr Surg 97(7): 1451-1454, 1996



5. Coleman, SR. *Structural Fat Grafting: More Than a Permanent Filler*. *Plast Reconstr Surg* 118(3): 108-119.
6. Spear, SL. *Fat for Breast: Where Are We?* *Plast. Reconstr. Surg.* Editorial. Sept, 2008.
7. Pramod Kumar. *Classification of skin substitutes*. *Burns* 34: 148-149, 2008.
8. Baxter, RA. *Intracapsular Allogenic Dermal Grafts for Breast Implant-Related Problems*. *Plast Reconstr Surg* 112(6): 1692-96. Nov 2003.
9. Eppley, B. *Intracapsular Allogenic Dermal Grafts for Breast Implant-Related Problems. Discussion*. *Plast Reconstr Surg* 112(6): 1697-98. Nov 2003.
10. Spear, SL; Little, JW. *Breast Capsulorrhaphy*. *Plast Reconstr Surg* 81(2): 274-279, 1988
11. Chasan, PL. *Breast Capsulorrhaphy Revisited: A simple Technique for Complex Problems*. *Plast Reconstr Surg* 115(1): 296-301, 2005.
12. Collis, N; Platt, AJ; Batchelor AG. *Pectoralis Major "Trapdoor" Flap for Silicone Breast Implant Medial Knuckle Deformities*. *Plast Reconstr Surg* 108(7): 2133-2135, 2001.
13. Mc Gregor, JC; Bahia H. *A possible new way of managing breast implant rippling using an autogenous fascia lata patch*. *British Journal of Plastic Surgery*. 57(4): 372-4, 2004.

FÍSTULA PREAURICULAR EN LA POBLACIÓN PEDIÁTRICA:

FÍSTULA PREAURICULAR COMPLICADA

Paulina Iwanyk¹, Guillermo Tohus², Claudia Schirmer², Felicitas Campero³, Gabriela Centurión⁴

RESUMEN

Las fistulas preauriculares son malformaciones congénitas que se manifiestan con un orificio cutáneo y se continúa con un fino trayecto que puede terminar en forma ciega o dividirse en múltiples trayectos, así como también, estar en íntimo contacto con el cartílago auricular. En la mayoría de los casos cursa asintóticamente, pero en algunos otros puede complicarse con infección, formando abscesos, pseudocistos con eliminación de secreción purulenta por los trayectos fistulosos. Una vez que la fistula se complica, la reinfección es una constante.

El objetivo de este trabajo es la presentación de dos casos de fistulas preauriculares complicadas en edad pediátrica tratadas en Cirugía Plástica Pediátrica del Hospital Italiano de Buenos Aires.

Palabras clave: fistulas preauriculares, fistulectomía

SUMMARY

The preauricular fistulas are a congenital malformations. This pathology usually presents a cutaneous preauricular orifice that continues with a fine journey that may end blindly or split into multiple ways, sometimes in intimate contact with the ear cartilage. In most cases no present symptoms, but in some others cases it can be complicate by infection, abscesses, pseudocysts with discharge of purulent secretion from the fistulas. Once the fistula is complicated, reinfection is a rule.

The aim of this paper is to present two cases of preauricular fistulas complicated in childhood treated in Pediatric Plastic Surgery service at Italian Hospital of Buenos Aires.

Keywords: preauricular sinus, sinectomy

INTRODUCCIÓN

En 1864 Van Heusinger describió por primera vez la fistula preauricular^{1,2,6-10}.

La fistula preauricular es el resultado de una fusión embriológica defectuosa entre el primer y segundo arco branquial y los tubérculos auditivos que rodean la primera hendidura branquial, a nivel de los cartílagos de Meckel^{4,11}.

La incidencia de las fistulas preauriculares varía entre el 0,9 y el 1,5% en la raza blanca, y el 5,2% en la raza negra². Es más alta en la población oriental, con una tasa de 4-6%¹⁻⁵.

Pueden ser bilaterales en el 25-50%^{1,2} de los casos, con predominio discreto por el sexo femenino^{10,11} y el lado derecho². Suele ser esporádico, aunque un tercio de los casos son familiares con un patrón de herencia autosómica dominante con penetración incompleta¹⁴.

El 90% de los casos se encuentran en el borde anterior de la rama ascendente del hélix²⁻⁶, sin embargo pueden hallarse en el lóbulo, el trago o la región retroauricular. Topográficamente la fistula se localiza superficial a la fascia temporal, lateral y superior a la parótida y al nervio facial⁸⁻¹². Frecuentemente se encuentra adherida al cartílago de la primera porción del hélix⁶.

El trayecto fistuloso no es uniforme en los tejidos subcutáneos preauriculares, a menudo es tortuoso y con muchas ramificaciones que se dirigen hacia arriba y hacia la parte media.

En la mayoría de los casos las fistulas preauriculares son asintomáticas y solamente se evidencian por la presencia de un orificio cutáneo. En otros casos se manifiestan en forma crónica e intermitente, con drenaje de

1. Jefe de Cirugía Plástica Pediátrica.

2. Medico de staff de Cirugía Plástica Pediátrica.

3. Becaria 1° año Cirugía Plástica Pediátrica.

4. Becaria 2° año Cirugía Plástica Pediátrica.

Hospital Italiano de Buenos Aires. CABA, Rep. Argentina.



Figuras 1. Fístula preauricular izquierda complicada.



Figuras 2. Fístula preauricular izquierda no complicada.



Figuras 3 y 4. Resección de fístula complicada izquierda..

material purulento a través del orificio cutáneo evolucionando con infecciones recurrentes, celulitis facial o formación de abscesos, pseudoquistes y drenaje espontáneo de su contenido a través de ulceraciones próximas al pabellón auricular.

El diagnóstico se realiza mediante el examen físico del paciente. En el caso que exista exudado a través de la fístula se deberá tomar cultivo para tipificación y antibiograma. Se solicitará un estudio ecográfico para confirmar la existencia del trayecto y la relación que existe con la arteria temporal superficial. Debido a que un porcentaje significativo de niños con fístulas preauriculares aisladas presentan

grados variables de disminución de la audición, se deben realizar exámenes específicos según la edad del paciente^{7,11,12}.

El diagnóstico diferencial deberá realizarse con quiste epidermoide de inclusión, seroma ótico de localización extracondral, carcinomas (basocelular ulcerado), actinomicosis, granulomas de cuerpo extraño o de otra índole.⁴

Si bien no existe un consenso general de cuándo debe operarse, según nuestra experiencia se obtienen mejores resultados al tratarlas durante su etapa asintomática, debido a que en ese momento la intervención quirúrgica es mucho más sencilla y se logra la resección completa del trayecto fistuloso.



Figura 5. Posoperatorio con recidiva de fístula complicada.



Figura 6. Posoperatorio de fístula no complicada.



Figuras 7 y 8. Exploración quirúrgica con evidencia de nuevo trayecto fistuloso.

La punción-evacuación o la incisión, el drenaje simple y raspado de la cavidad, incisión-drenaje e inducción de fibrosis intracavitaria con agentes esclerosantes son otras alternativas de tratamiento, pero todas seguidas de una alta recidiva. Las tasas de recurrencia después del tratamiento quirúrgico se han reportado entre 19 y 40%⁸⁻¹³.

Existen varias técnicas descriptas para la remoción de la fístula, y las más utilizadas son: la fistulectomía o sinectomía simple, el abordaje supraclavicular, *in side-out*⁹⁻¹⁵. En la técnica supraauricular se ha reportado una tasa de recurrencia inferior al 5%^{9,7,13,16}.

REPORTE DE CASOS

Caso 1 (Figuras 1 a 10)

Niño de 6 años derivado a Cirugía Plástica Pediátrica por su pediatra por presentar fístulas preauriculares bilaterales, una de ellas complicada con un proceso infeccioso de tres meses de evolución, refractario al tratamiento antibiótico, con tres episodios de drenaje espontáneo a través de la piel preauricular. En el examen físico se evidencia la presencia de un absceso a nivel de la región preauricular izquierda. Se drena, se toma muestra para cultivo y antibiograma. Se interconsulta a infectología. Se



Figura 9. Posoperatorio de fístula no complicada.



Figura 10. Posoperatorio de fístula complicada.

inicia tratamiento antimicrobiano específico durante dos semanas. Evoluciona favorablemente de la resolución quirúrgica (**Figuras 1 y 2**).

Bajo anestesia general se realiza fistulectomía, derecha. Seguidamente se realiza el abordaje de la fístula complicada. La resección se extiende a todo el tejido involucrado en el proceso, con márgenes de tejido sano. Para el cierre se tallan colgajos de avance de mejilla (**Figura 3 y 4**).

A los 45 días posoperatorios el paciente evoluciona con un granuloma sobre la cicatriz (**Figuras 5 y 6**). Se interpreta como fístula por hilo. La eliminación del punto de sutura no mejora el cuadro, y teniendo en cuenta la elevada incidencia de recurrencia de esta patología se decide la reexploración.

Durante la exploración quirúrgica se evidencia un trayecto fistuloso desde el granuloma preauricular hasta la mastoides, realizándose, resección del trayecto, con curetaje de mastoides (**Figuras 7 y 8**).

Actualmente a 6 meses presenta buena evolución bilateral (**Figuras 9 y 10**).

Caso 2 (**Figuras 11 a 14**)

Paciente de 4 años de edad que es derivada a Cirugía Plástica Pediátrica por su pediatra por presentar fístula preauricular bilateral, la izquierda complicada con proceso infeccioso asociado a adenomegalias cervicales. Se toman muestras para cultivo y antibiograma, se inicia tratamiento antibiótico específico y, una vez en condiciones, se decide su resolución quirúrgica (**Figuras 11 y 12**).

Una vez realizada la fistulectomía del lado derecho se realiza la resección del trayecto fistuloso y del tejido comprometido del lado izquierdo, hasta el tejido sano. La evolución posquirúrgica es favorable (**Figuras 13 y 14**).

DISCUSIÓN

Las fístulas preauriculares son malformaciones congénitas. Suelen ser diagnosticadas en exámenes físicos de rutina como un hoyuelo u *ostium* localizado mayormente en el margen anterior de la raíz del hélix, aunque se han descrito distintas localizaciones, dentro de ellas en el lóbulo, el trago o en el margen superoposterior del hélix¹⁰.

Entre el 15 y el 30% de los niños con fositas o apéndices aislados presentan hipoacusia, por lo cual es aconsejable e examen audiológico precoz en estos niños¹¹.

La mayoría de los pacientes con fístula preauricular evolucionan en forma asintomática¹⁴ y un porcentaje muy bajo puede complicarse con secreción crónica o intermitente, celulitis, abscesos, formación de quistes y drenajes espontáneos de sus trayectos, comprometiendo tejidos vecinos y haciendo difícil su tratamiento ya que requiere de resecciones cada vez más amplias.

Existen distintas posturas respecto del momento oportuno para tratar quirúrgicamente esta patología, algunos prefieren tratar sólo aquellas complicadas con procesos infecciosos previos, otros también tratan aquellas que presentan secreción, y otros, como nosotros indican tratamiento quirúrgico aún en aquellos pacientes asintomáticos³.



Figura 11. Fístula preauricular complicada y **Figura 12** fístula preauricular no complicada Una vez realizada la fistulectomía del lado derecho se realiza la resección del trayecto fistuloso y del tejido comprometido del lado izquierdo, hasta el tejido sano. Evolución posquirúrgica favorable. (Figuras 13 y 14)



Figura 13. Posoperatorio alejado de fistulectomía complicada.



Figura 14. Posoperatorio de fistulectomía no complicada.

CONCLUSIÓN

La fístula preauricular constituye una patología frecuente, que son transmitidas por un gen incompleto, autosómico dominante de penetrancia variable¹⁷ y de fácil diagnóstico.

Sin embargo, muchos profesionales desconocen que su complicación infecciosa es de difícil tratamiento, ya que involucra la resección no sólo del trayecto fistuloso sino de tejidos vecinos, pudiendo dejar importantes secuelas, además de presentar mayor índice de recidivas¹⁶.

BIBLIOGRAFÍA

1. Simental, F.; Arzoz J. *Fístula pre auricular*. *Dermatología Rev Mex* 2010;54 (5): 279-286
2. Cuervo, J. *Cuál es el diagnóstico?* *Rev. Hosp Niños BAires* 2006; 48: 185-189
3. Chami RG; Apesos J. *Treatment of asymptomatic preauricular sinuses: challenging conventional wisdom*. *Ann Plast Surg* 1989; 23: 406-411
4. Poletti E.; Sandoval, R. *Fistula preauricular recurrente y abscedada*. *Dermatología Rev Mex* 2009;53 (4): 195-200
5. Congdon, ED; Rowmanavongse, S.; Varamisara, P. *Human congenital auricular and juxta-auricular fossae, sinuses and scars (including so-called aural and auricular fistulae) and the bearing of their anatomy upon the theory of their genesis*. *Am. J. Anat.* 1932; 51: 439-464
6. Tan, T; Constantinides, H; Mitchell, TE. *The preauricular sinus: a review of its aetiology, clinical presentation and management*. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2005; 69: 1469-1474
7. Prasad, S.; Grundfast, K.; Milmore, G. *Management of congenital preauricular pit and sinus tract in children*. *Laryngoscope* 1990; 100: 320-321
8. Leopardi, G.; Chiarella, G. *Surgical treatment of recurring preauricular sinus: supra-auricular approach* 2008; 28: 302-305
9. Robert J. Baatenburg de Jong. *Surgical techniques. A new surgical technique for treatment of preauricular sinus*. 2005; 137:567-570
10. Sang-Won Yeo, Beom-Cho Jun. *The preauricular sinus: factors contributing to recurrence after surgery*. *American Journal of Otolaryngology*. 2006;27: 396-400
11. Novoa, A.; Garrido, J. *Niños con apéndices y fístulas preauriculares, enfoque práctico para el pediatra*. *Arch. Argent. Pediatr* 2006; 104(2): 185-188
12. Scheinfeld, NS.; Silverberg, NB.; Weinberg, JM.; Nozad, V. *The preauricular sinus: a review of its clinical presentation, treatment, and associations*. *Pediatr Dermatol* 2004; 21: 191-196
13. Lam, HC.; Soo, G.; Wormald, PJ.; Van Hasselt, CA. *Excision of the preauricular sinus: a comparison of two surgical techniques*. *Laryngoscope* 2001; 111: 317-319
14. Gur, E.; Yeung, A.; Al-Azzawi, M.; Thomson, H. *The excised preauricular sinus in 14 years of experience: is there a problem*. *Plast Reconstr Surg* 1996;83: 1722-1724
15. Drolet, BA.; Beselga E.; Gosain, AK.; Levy, ML.; Esterly, NB. *Preauricular skin defects. A consequence of a persistent ectodermal groove*. *Arch Dermatol* 1997; 133: 1551-1554
16. Delgado M, Castro Castañeda S, Jaime Ramirez G, A. Celis de la Rosa. *Manejo quirúrgico y recurrencia de la fístula preauricular congenita*. *Cir. Pediatr* 2008; 21: 73-78

APROXIMACIÓN AL TRATAMIENTO DE QUELOIDES AURICULARES MEDIANTE LA COMBINACIÓN DE COLGAJO EN FILETE, TRIAMCINOLONA Y PRESOTERAPIA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Ricardo P. Botache¹, Silvina Pontecorvo², Agustina Chidichimo³

INTRODUCCIÓN

El queloide es definido como un proceso patológico de la cicatrización en el cual todavía no se ha identificado una etiología clara¹. Como consecuencia de ello, existen varias opciones terapéuticas y no se ha establecido aún el tratamiento ideal². Alteraciones en determinados factores de crecimiento, errores en el recambio del colágeno, cambios en la orientación de las fibras de colágeno secundarios a la aparición de tensión, disfunción inmunogénica o hipersensibilidad al sebo son algunos factores que se postulan como potenciales responsables patogénicos³.

Con el uso contemporáneo de diferentes dispositivos (*piercing*) a nivel del pabellón auricular (**Figura 1**) se ha incrementado la presentación de la cicatri-

zación queloidea en esta ubicación^{4,5}. Dentro de las múltiples propuestas para su resolución, encontramos un amplio espectro que involucra tanto el manejo médico como el quirúrgico². En algunas oportunidades, luego de realizar ambos procedimientos, ni siquiera se consigue alcanzar resultados óptimos,



Figura 1. Piercing auricular.

1. Concurrente 3° año. Cirugía Plástica.

2. Concurrente 4° año. Cirugía Plástica.

3. Cursista 1° año. Cirugía Plástica

Servicio de Cirugía Plástica y Reparadora. Hospital General de Agudos "Enrique Tornú". CABA, Rep. Argentina.

Jefe de servicio: Prof. Dr. Justo La Torre Vizcarra



Figura 2. A. Paciente de 22 años con queloides auriculares. B. La misma paciente con detalle de los queloides auriculares: el superior de 1.5x1x1,2 cm de base ancha; el de tercio medio de hélix, pediculado, de 2x1x1,5 cm.



Figura 3.

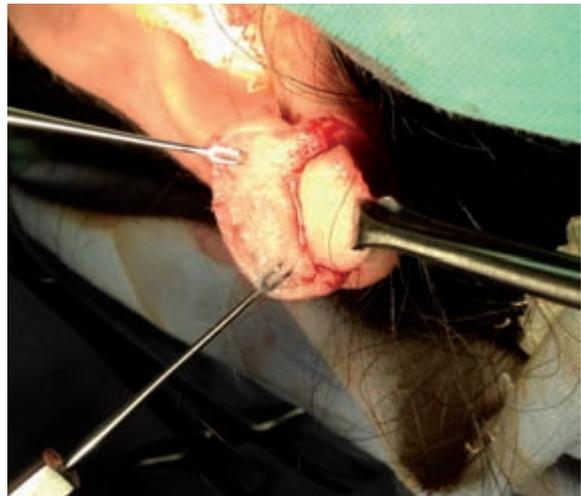


Figura 4.



Figura 5.

o por el contrario se describe en la literatura gran porcentaje de recidivas asociados a ellos^{6,7}. Como herramientas quirúrgicas se proponen la resección simple, el injerto de piel y el uso de colgajos locales.^{5,6} Se presenta para el manejo de esta patología la utilización de un colgajo en filete combinado con la aplicación intralesional de triamcinolona y presoterapia.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se expone el caso clínico de una paciente de 22 años de edad, que acude al servicio por presentar dos lesiones compatibles con cicatriz queloidea. La primera, ubicada en el tercio superior del pabellón



Figura 6.



Figura 7.



Figura 8. Posoperatorio de 2 meses. A. Perfil. B. Detalle

auricular izquierdo, que compromete el borde del hélix. El tamaño de esta lesión es de 1,5×1×1,2 cm.

La segunda lesión se ubica en el tercio medio del hélix, de base pediculada. Medidas: 2×1×1,5 cm (Figura 2). Según refiere la paciente, ambas se desarrollan luego de la utilización de *piercings* en la zona dos años atrás.

PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

Se somete a la paciente a 3 sesiones de infiltración intralesional con triamcinolona, con 15 días de diferencia entre cada una de ellas.

Posteriormente, en quirófano, se realiza anestesia con bloqueo auricular con lidocaína al 1% sin epi-

nefrina, e hidrodissección en espacio subepidérmico del queloide. Se realiza incisión cutánea medial de la lesión (Figura 3) procediendo a la separación dermoepidérmica de la misma, la cual se preserva a modo de colgajo. Se procede a la enucleación y exéresis completa del tejido fibrótico cicatrizal (Figura 4) y se efectúa la hemostasia de lecho cruento (Figura 5).

Con el filete cutáneo previamente tallado, se cubre el lecho cruento sin tensión (Figura 6).

A continuación se realiza el cierre con nylon 5:0 y 6:0 (Figura 7). Para la curación se emplea apósito de Brown, que se retira hacia el 5to día.

El seguimiento se realiza por consultorio, con indicación de presoterapia controlada durante al menos 2 meses (Figura 8).

CONCLUSIÓN

El tratamiento de la cicatriz queloide es un reto para el cirujano plástico debido al poco entendimiento de su fisiopatología, por lo que diferentes enfoques de su manejo pueden representar una opción para su reso-

lución. Dentro de las múltiples modalidades de tratamiento, consideramos que el colgajo en filete, previo a un ciclo de infiltración intralesional con triamcinolona, y presoterapia posterior, es un procedimiento quirúrgico sencillo, altamente replicable, y con resultados estéticos satisfactorios.

BIBLIOGRAFÍA

1. Huang, Chenyu, George F. Murphy, Satoshi Akaishi, and Rei Ogawa. "Keloids and Hypertrophic Scars: Update and Future Directions." *Plastic and Reconstructive Surgery—Global Open* 1, no. 4 (2013): e25.
2. Cintrón G., Poveda J. La cicatrización queloide. *Acta Médica Costarricense*. 2008;50(2):87-93
3. Al-Attar A, Mess S, Thomassen JM, Kauffman CL, Davison SP. Keloid pathogenesis and treatment. *Plast Reconstr Surg*. 2006; 117:286–300.
4. Valerón-Almazán P, Dehesa-García L, Vilar-Alejo J, Domínguez-Silva J, Gómez- Duaso J, Carretero-Hernández G. Tratamiento quirúrgico del queloide recidivante de pabellón auricular mediante "colgajo en filete". *Actas Dermosifiliogr*. 2010; 101: 235- 41.
5. Coiffman, F. *Cirugía Plástica, Reconstructiva y Estética. Cicatrices hipertroficas y Queloides*, Tomo 1, Capítulo 35, pag 315-320. 3a ed. Amolca, Bogotá, D.C. - Colombia. 2006.
6. Lee, Yoonho, Kyung-Won Minn, Rong-Min Baek, and Jin Joo Hong. "A new surgical treatment of keloid: keloid core excision." *Annals of plastic surgery* 46, no. 2(2001): 135-140.
7. Kim DY, Kim ES, Eo SR. A surgical approach for earlobe keloid: Keloid fillet flap. *Plast Reconstr Surg*. 2004;113:1668–74.

TRANSFERENCIA DE GRASA AUTÓLOGA PARA RECONSTRUIR DEFECTOS DE DIFERENTE ETIOLOGÍA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS

Paulina Iwanyk¹, Guillermo Tohus², Claudia Schirmer², Gabriela Centurión³, Felicitas Campero⁴

RESUMEN

La lipotransferencia hace referencia a la cosecha de tejido adiposo desde un sitio donante, que se aplica a modo de injerto libre en un sitio receptor. Su primer reporte aparece hace más de un siglo y desde entonces, sobre todo en las últimas décadas, se ha venido indicando para su uso como relleno en pacientes con defectos de volumen en tejidos blandos. Presentamos 4 casos de pacientes en edad pediátrica a quienes se les realizó lipotransferencia para simetrizar defectos de volumen, por diferentes etiologías, en el Hospital Italiano de Buenos Aires, los cuales cursaron con buena evolución y resultados satisfactorios.

SUMMARY

Lipofilling refers to the harvest of adipose tissue from a donor site, which is applied as a free graft in a receptor site. The first report appears over a century ago and since then, especially in recent decades, it has been indicated for use as filling in patients with soft tissue volume defects. We report 4 cases of pediatric patients who were performed this technique to symmetrize volume in different pathologies with soft tissue defects at the Hospital Italiano of Buenos Aires, which progressed with good performance and satisfactory results.

INTRODUCCIÓN

La transferencia de tejido graso, para la corrección de diversos defectos, se remonta a más de cien años.

La técnica de injerto graso fue usada por primera vez por van der Meulen en 1889. Neuber, en 1893, describió la corrección de un defecto facial con grasa extraída de la extremidad superior y señaló la importancia de utilizar pequeños injertos para obtener resultados más predecibles. En 1895, Czemy publicó la transferencia de un lipoma para la reconstrucción mamaria de una paciente mastectomizada. En 1912 Hollander publicó,

fotográficamente, la infiltración con grasa en dos pacientes con lipoatrofia en el rostro y en 1926, Charles Conrad Miller reportó su experiencia en la infiltración de tejido graso, con el empleo de cánulas, para la corrección de retracciones cicatrizales en cara y cuello observando escasa reabsorción del tejido transferido.

Entre 1889 y 1977 se utilizaba el tejido adiposo obtenido a “cielo abierto” y luego entre 1977 y 1994, se impuso la época de la lipoaspiración “no purificada”. Por último, a partir de los trabajos de Coleman, se inicia la época “purificada atraumática”¹².

La transferencia de grasa autóloga se ha realizado a lo largo del tiempo siguiendo diferentes técnicas. Se transfirió como injertos en fragmentos desde 1890 y como injertos inyectados desde 1920; sin embargo, es en los últimos 20 años que aumentó la popularidad de la transferencia de grasa autóloga para el tratamiento del contorno facial dentro de la comunidad de la cirugía plástica⁴. Esta técnica de relleno de teji-

1. Jefe de Cirugía Plástica Pediátrica.

2. Médico de staff de Cirugía Plástica Pediátrica.

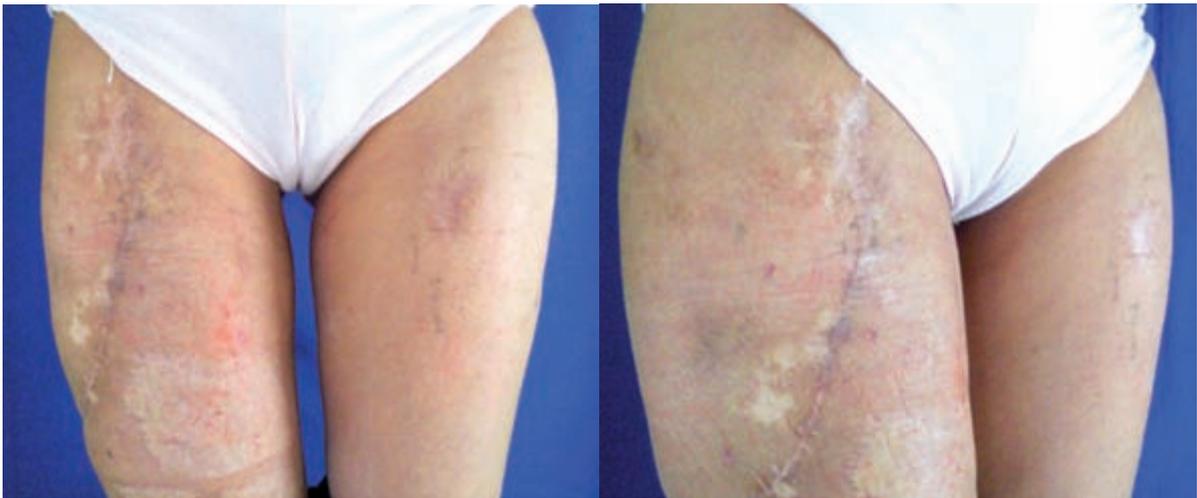
3. Becaria 2° año Cirugía Plástica Pediátrica.

4. Becaria 1° año Cirugía Plástica Pediátrica.

Hospital Italiano de Buenos Aires. CABA, Rep. Argentina.



Figuras 1 y 2. Imágenes de la paciente presentada con secuela inicial en muslo derecho.



Figuras 3 y 4. Imágenes poslipotransferencia.

dos se basa en la revascularización del tejido grasa infiltrado, incorporándose este tejido como propio en el lecho receptor¹¹. La lipotransferencia fue ganando popularidad entre los cirujanos cráneo-maxilofaciales en los últimos años, en especial a partir de los trabajos de Coleman y otros, que demostraron que es posible, mediante un manejo cuidadoso de la grasa trasplantada y siguiendo una técnica adecuada, mejorar los resultados a largo plazo⁷.

MATERIALES Y MÉTODOS

Casos reportados

Caso 1 (Figuras 1 a 4). Paciente de 18 años, de sexo femenino, con antecedente de accidente automovilís-

tico a los 12 años, con fractura expuesta de fémur y tibia, pérdida importante de tejido blando y cobertura cutánea de miembro inferior derecho. A los 16 años de edad concurre a Cirugía Plástica Pediátrica del HIBA para el tratamiento de secuelas del muslo afectado.

En dos tiempos quirúrgicos sucesivos se fueron reemplazando los injertos cutáneos utilizados para la cobertura de piel, con colgajos laterales dermograsos, logrando una mejoría considerable pero quedando defectos irregulares que se decidieron complementar, al año, con lipotransferencia.

Se lipoaspiró con cánula de 3 mm (succión manual con jeringa) de la zona trocantérea homo- y contralateral. Se decantó por gravedad el material obtenido para ser infiltrado con una cánula de 14 G, en plano subcutáneo del área comprometida, lográndose la simetrización. Actualmente el resultado es estable y satisfactorio.



Figura 5. Imagen de la paciente con secuela de fisura labiopalatina unilateral izquierda.



Figura 6. Imagen poslipotransferencia.



Figura 7 y 8. Imágenes de paciente con esclerodermia hemifacial derecha.

Caso 2 (Figuras 5 y 6). Paciente de 13 años, de sexo femenino, con secuela de fisura labiopalatina. A los 14 años de edad se realiza lipotransferencia en labio. Se obtuvo grasa de región periumbilical y fue transferida al bermellón afectado, lográndose la simetrización. El resultado es estable y satisfactorio.

Caso 3 (Figuras 7 a 12). Paciente de 16 años, de sexo masculino, con esclerodermia diagnosticada a los 5 años de edad, con afección en región hemifacial derecha. Recibió tratamiento con metotrexato hasta los 16 años, cuando la enfermedad se estabilizó, decidiéndose realizar en el primer tiempo lipotransferencia para la simetrización. Actualmente el resultado es estable y satisfactorio.

Caso 4 (Figura 13 a 20). Paciente de 12 años, con secuela de resección de tumor neuroectodérmico periférico lateral de cuello de lado derecho. Se realizó resección tumoral en el año 2002. A partir de los 11 años de vida, hasta la fecha, se fueron realizando tres sesiones de lipotransferencia además de un injerto dermograso. Hasta ahora el resultado es estable y satisfactorio.

DISCUSIÓN

La lipotransferencia se ha convertido en un método sencillo y fácil, dentro de las diferentes técnicas, para corregir defectos de tejidos blandos ocasionados por diferentes patologías. Entre las ventajas de este pro-



Figuras 9 a 12. Imágenes poslipotransferencia.



Figuras 13 y 14. Imágenes de secuela de resección de tumor neuroectodérmico

cedimiento contamos con su simplicidad lo cual nos brinda la posibilidad de repetirlo.⁵ La mayoría de los estudios sobre autoinjertos grasos se realizaron en la

población adulta y el conocimiento sobre su uso en niños se debe al uso de los datos recolectados en adultos.⁸ Injertos de grasa han sido muy utilizados para corre-



Figuras 15 a 20. Imágenes durante tratamiento.

gir defectos de partes blandas originados por diversas patologías y demostraron ser una buena opción para el relleno de depresiones y deformidades del contorno.⁶ Se puede utilizar la lipotransferencia para reconstruir

secuelas de enfermedades autoinmunes, como es el caso de la esclerodermia, defectos de volumen, reconstrucción de secuelas de resecciones oncológicas, secuelas de malformaciones congénitas como ser la fisura la-

biopalatina, microsomía hemifacial, lipoatrofia facial en pacientes infectados por el VIH, entre otras. En estos casos la lipotransferencia ofrece una simetrización facial mediante una técnica más sencilla y que no deja secuelas en la zona dadora. En algunas de estas patologías la lipotransferencia sería una alternativa al colgajo microvascular obteniendo el paciente resultados favorables en cuanto a simetrización mediante procedimientos menos cruentos, con un postquirúrgico más tolerable y sin secuelas cicatrizales.

En cuanto a la hemiatrofia facial progresiva, se sugieren tres procedimientos quirúrgicos para tratarla: trasplante de colgajo libre, implantes aloplásticos y lipofilling.⁹

Injertos de grasa seriados han sido propuestos como una alternativa al colgajo libre microvascular para la mejora del tejido blando y simetrización facial, si bien es mayor la cantidad de procedimientos efectuados hasta alcanzar la simetrización en esta técnica, el rango de horas totales utilizadas en comparación con injertos microvasculares es menor.¹ Por otro lado, como muchos pacientes con deformidad moderada o grave por diferentes patologías requieren múltiples operaciones, injertos seriados de grasa autóloga se pueden realizar concomitantemente con estos procedimientos y el contorno facial se puede mejorar notablemente.²

Si bien se sabe que es esperable algún grado de reabsorción del volumen transferido, en un estudio de pacientes con hemiatrofia facial tratada con lipotransferencia en 2 sesiones con una sobrecorrección de 30%, se evaluó el nivel de satisfacción: para 65% de los pacientes fue satisfactorio, para 28% moderadamente satisfactorio y para 7% insatisfactorio.¹⁰

El conocimiento de la técnica y de las propiedades biológicas de tejido adiposo, han estimulado su uso en el

tratamiento de cicatrices de diferente etiología en donde mejoran la apariencia y la calidad de las mismas.³

A pesar de que las complicaciones descritas en la literatura son infrecuentes, lo cual sería otra ventaja, algunas de ellas son graves por lo cual hay que tenerlas muy presentes entre ellas encontramos: infección, embolismo graso, formación de quistes, necrosis de la piel, necrosis grasa, trombosis del seno cavernoso, daño vascular o nervioso con la infiltración y la formación de lipomas⁸. En los pacientes que presentamos, no se ha observado ninguna de estas complicaciones.

CONCLUSION

Las inyecciones de grasa autóloga parecen ser la terapia más fisiológica para corregir las lipodistrofias por defectos en los tejidos blandos. Su gran versatilidad le permite ser utilizada para corregir los tejidos blandos en un gran número de patologías, además es un procedimiento técnicamente sencillo de realizar. Se puede ejecutar en varias sesiones si se requiere, sin aumentar en gran medida la morbilidad del paciente. Los resultados son en general buenos aunque aún impredecibles. Dependen principalmente de la técnica y de algunos otros factores, que aún deben dilucidarse, en la medida en que se realicen mayores estudios y avances. El injerto graso es un buen recurso, la sobrevivencia del tejido injertado y por lo tanto el éxito del procedimiento dependerá, mayormente, de la técnica empleada. Nosotros presentamos 4 casos de aplicación de lipoinjerto que cursaron con buenos resultados, sin complicaciones y que continúan aún en control en este Servicio de Cirugía Plástica Pediátrica.

BIBLIOGRAFIA:

1. Tanikawa, D.Y.S. Fat grafts supplemented with adipose-derived stromal cells in the rehabilitation of patients with craniofacial microsomnia. *Plastic and reconstructive surgery*.132.141-152.2013.
2. Tanna, N.;Wan, D.C.;Kawamoto H. K.;Bradley, J. P.Craniofacial microsomnia soft-tissue reconstruccion comparison: Inframammary extended circumflex scapular flap versus serial fat grafting. *Plastic and reconstructive surgery*. 127; 802-811.2011
3. Caviggioli,F; Klinger, F; Villani, F; Fossati, C; Vinci, V; Klinger, M. Correction of Cicatricial Ectropion by Autologous Fat Graft. *Aesthetic Plastic Surgery*.32.555-557.2008

4. Kaufman, M. R.; Miller, T. A.; Huang, C.; Roostaien, J.; Wasson, K. L.; Ashley, R. K.; Bradley, J. P. Autologous fat transfer for facial recontouring: is there science behind the art?. *Plastic and reconstructive surgery*. 119:2287-2292.2007
5. Rodi, R.; Riggio, E.; Gilberet, P. M.; Vaandrager, J. M.; van der Meulen, J. C. H. The value of microfat injection "lipofilling" in the treatment of soft tissue deformities of the face in Parry-Romberg syndrome. *European Journal Plastic Surgery*. 17:79-83.1994
6. De Benito, J.; Fernández, I.; Nanda, V. Treatment of depressed scars with a dissecting cannula and an autologous fat graft. *Aesthetic Plastic Surgery*. 23:367-370.1999
7. Sieira, R.; Martí, C.; Ferrer, A.; García, E; Rubio, J. Autologous fat grafting for volumetric defects: its applications in cranio maxillo facial surgery. 21st ICOMS 2013.1253.2013
8. Moratalla Jareño, T.; González Alonso, V.; Lípoz Blanco, E.; Domenèch Tárrega, A.; Carazo Palacios, E.; Gutiérrez Ontalvilla, P. Aplicaciones de autoinjerto graso en pacientes pediátricos. *Cirugía pediátrica*. 26:189-194.2013
9. Xiu Di Ye, Cai Yun Li, Cui Wang, Yu Sheng Yu. Superficial Temporal Fascial Flap plus Lipofilling for Facial Contour Reconstruction in Bilateral Progressive Facial Hemiatrophy. *Aesthetic Plastic Surgery*. 34:534-537.2010
10. Méndez Baca, S. I.; Merino, J. E.; Alcalá Pérez, D. Esclerodermia localizada: corrección mediante trasplante autólogo de grasa. Comunicación de seis casos. *Dermatol Rev Mex*. 57:60-63.2013
11. Rodríguez, J., Palomar, M, García, I., Romance A., et al. Lipoescultura facial: técnica quirúrgica y revisión Bibliográfica. *Revista Española de Cirugía Oral y Maxilofacial*. 2011;33(4):150-156
12. Gutiérrez Gómez, C.; Hayakawa, V.; Franco, A.; Reyes, L. Lipoinyección para reconstrucción del contorno facial en S. Parry Romberg, esclerodermia y secuelas de trauma: una alternativa práctica utilizando cánula para bloqueo peridural. *Cirugia plastica*. 2008. 17: 168 - 175

NOTICIAS SACPER - REGIONALES

NOTICIAS SACPER

Comentarios X Jornadas FLAP

En la ciudad de La Plata, en la provincia de Buenos Aires, en los días 10 y 11 de octubre de 2014, en el Centro Cultural Pasaje Dardo Rocha, se llevaron a cabo las 10mas Jornadas Nacionales Interdisciplinarias de Diagnóstico y Tratamiento del Niño con Fisura Labio Naso Alvéolo Palatina (FLAP).

Estas jornadas fueron organizadas por los integrantes del CEREFAP, en especial por los Dres. Rodolfo Rojas y Carlos Perroni, la licenciada Silvia Jury y la odontóloga Dra. Lidia Pinola, con la colaboración científica de las Dras. Paulina Iwanick y Mirta Moreno. Se presentaron 55 trabajos científicos con la modalidad de diagnóstico prenatal, abordaje y diagnóstico genético, enfoques multidisciplinario, estadísticos, tratamientos odontológicos y fonoaudiológicos.



Este evento tuvo los siguientes auspicios: Ministerio de Salud Pública de la provincia de Buenos Aires, Municipalidad de La Plata, Secretaría de Cultura y Educación, Facultad de Medicina de La Plata, Facultad de Odontología de La Plata, Asociación Médica Argentina, los colegios de Médicos y de Odontología de La Plata distrito 1, Agremiación Médica La Plata, Caja de Previsión y Seguro Médico Provincia de Buenos Aires, Sociedad de Pediatría de La Plata, Sociedad de Cirugía Plástica Argentina y Regional La Plata.

Contó con la participación de 200 inscriptos, los que reunidos en el plenario eligieron como sede del próximo evento (año 2015) a San Martín de los Andes, provincia de Neuquén. También se decidió que a partir de las próximas jornadas se establezca un arancel módico, para poder solventar los gastos que se producen en la organización de las jornadas.

Quiero felicitar a los organizadores por la labor realizada y el éxito obtenido.

Dra. Martha O. Mogliani

Invitación

Se invita al XII Congreso de Cirugía Plástica del Cono Sur FILACP - XIX Simposio Internacional de Cirugía Plástica de la SCPERRL, el 22-24 de octubre de 2015, Rosario, Argentina.

Premios Congreso Argentino

Premio Junior Mención

Dr. Sebastián Apa, Dra. María Laura Aued
Manejo de las anomalías vasculares en los niños

Premio Senior

Dr. Eduardo Errea

*Sistematización en el diagnóstico y tratamiento de las retracciones palpebrales inferiores posblefaroplastias***Mención de Honor**

Dr. Joaquín Pefauré, Dr. Marcelo Mackfarlane

*Variantes colgajo dorsal ancho en reconstrucción mamaria***Premio Investigación - Mención de Honor**

Dr. Grijevic

Segmentación anatomoestructural de la órbita

Dr. Luis Corrales, Dr. Rodolfo Cucchiani

*Viabilidad celular en tejido adiposo***NOTICIAS SCPBA****COMENTARIOS****1er Simposio Satélite Láser y Tecnologías Médicas Siglo XXI**

Con el patrocinio de la SCPBA se llevó a cabo en los salones de la Universidad Católica Argentina, el día 27 de noviembre de 2014, el primer simposio satélite del siglo XXI, con el tema de Láser y Tecnologías Médicas, organizado por la Sociedad Argentina de Láser y Tecnología Médica SALTEN, con el Dr. Abel Chajchir como su presidente. Se realizaron reuniones científicas a cargo de cirujanos plásticos, dermatólogos y otras especialidades, donde se habló de los nuevos recursos tecnológicos complementarios de la Cirugía Plástica, diferentes tipos de láseres, sus aplicaciones, ultrasonidos, radiofrecuencias, etc., con relatos de las diferentes experiencias en cada caso. Este evento contó con la concurrencia de más de 150 inscriptos. Felicitamos al Comité Organizador y al Comité Científico por este primer Simposio SALTEN.

19 Simposio Internacional de Cirugía Plástica Siglo XXI

En los días 28 y 29 de noviembre de 2014 en la UCA, con la presidencia del Dr. Omar Ventura y en el Comité Científico el Dr. Abel Chajchir, se llevó a cabo el 19 Simposio Internacional de Cirugía Plástica Siglo XXI. El presidente de honor de dicho evento fue el Prof. Dr. Ivo Pitanguy.

Contó con la participación de invitados extranjeros de la talla del Dr. Jack Fisher, de EE.UU., presidente de la ASAPS; el Dr. Jorge Ishida, de Brasil, miembro de ASAPS; el Dr. Joao de Moraes Prado Neto, de Brasil, presidente de la Sociedad Brasileña de Cirugía Plástica; el Dr. Constantino Mendieta, de EE.UU., miembro de ASAPS; y la Dra. Catherine Bergeret Galleey, de Francia, miembro ISAPS.

Los temas desarrollados por los prestigiosos invitados fueron injertos grasos, manejo de implantes mamarios mal posicionados, rejuvenecimiento facial con cirugía e injerto graso, rinoplastias primarias y secundarias, gluteoplastias y complicaciones en Cirugía Plástica.

La concurrencia fue de aproximadamente 800 inscriptos, desarrollándose todo el evento en un marco de camaradería e interés por parte de los asistentes.

Felicitamos a todos los integrantes del Comité Organizador y del Comité Científico por su ardua labor.



45º Congreso Argentino de Cirugía Plástica Estética y Reparadora

Sede NOA
Salta - Argentina



del 14 al 17 de abril de 2015
Centro de Convenciones
Salta - Argentina

El evento más importante de la cirugía plástica, estética y reparadora

Autoridades

Dr. Francisco Famá
Presidente SACPER
Dr. Mario Millet
Presidente Congreso
Dr. Javier Vera Cucchiari
Presidente Comité Científico
Dr. Raúl Barbur
Presidente Regional NOA



Participantes Internacionales

Dr. Christopher Salgado (EEUU)	Dr. Eduardo Chem (Brasil)	Dr. Niveo Steffen (Brasil)
Dr. Constantino Mendieta (EEUU)	Dr. Ewaldo Bolivar de Souza Pinto (Brasil)	Dr. Fabio Nahas (Brasil)
Dr. Luis Váscquez (EEUU)	Dr. Fausto Viterbo (Brasil)	Dr. Marcio Rigo (Brasil)
Dr. Michael Edwards (EEUU)	Dr. Fernando Sampaio de Almeida Prado (Brasil)	Dr. Murillo Fraga (Brasil)
Dr. Oscar Ramírez (EEUU)	Dr. Fernando Serra (Brasil)	Dr. Susumu Takayanagi (Japón)
Dr. Raúl Barcelo de la Isla (EEUU)	Dr. Henrique Cintra (Brasil)	Dr. Eduardo Gongora (Mejico)
Dr. Renato Saltz (EEUU)	Dr. Joao Prado Neto (Brasil)	Dr. Alejandro Bibolini (Paraguay)
Dr. Sadri Sozer (EEUU)	Dr. José Tariqi (Brasil)	Dr. Vicente Zaputovich (Paraguay)
Dr. Stevens Grant (EEUU)	Dra. Katia Rezende (Brasil)	Dr. Osvaldo Aquino Caballero (Paraguay)
Dr. Edward Chang (EEUU)	Dr. Luiz Haroldo Pereira (Brasil)	Dr. Gonzalo Solís (Bolivia)
Dr. Nicanor Isse (EEUU)	Dr. José Horacio Aboudib (Brasil)	Dr. Rodo Villiarroel (Bolivia)
Dr. John Canady (EEUU)	Dr. Nelson Piccolo (Brasil)	Dr. Alberto Bardales (Perú)
Dr. Pierre Chevray (EEUU)	Dr. Osvaldo Saldanha (Brasil)	Dr. Julio Daniel Kirschbaum (Perú)
Dra. Elizabeth Hall Findlay (Canadá)	Dr. Paulo Becker Amaral (Brasil)	Dr. Gonzalo Bosch (Uruguay)
Dr. Antonio Graziosi (Brasil)	Dr. Pedro Bins Ely (Brasil)	Dr. Rómulo Guerrero (Ecuador)
Dr. Pedro Martins (Brasil)	Dr. Raúl Gonzalez (Brasil)	Dr. Marcos Harel (Israel)
Dr. Carlos Uebel (Brasil)	Dra. Ruth Graf (Brasil)	Dr. Gustavo Sturtz (Alemania)
Dr. César Villafuerte (Brasil)	Dra. Virginia Pólvera (Brasil)	Dr. Eric Auclair (Francia)
Dr. Daniel Regazzini (Brasil)	Dr. Antonio Rezende (Brasil)	



Inscripciones On Line en
www.congresosacper2015.com.ar