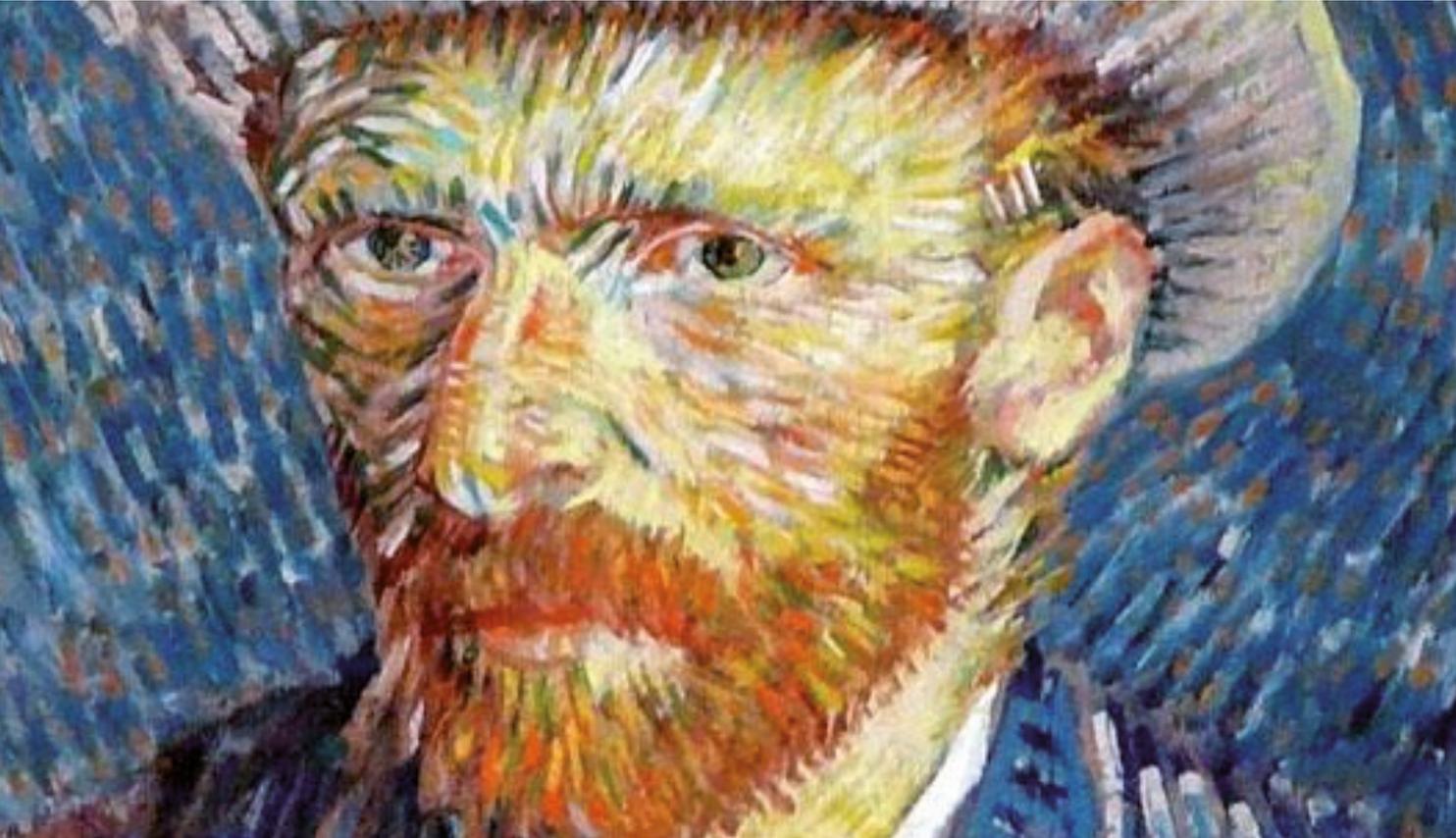


Revista Argentina de Cirugía Plástica



REVISTA ARGENTINA DE CIRUGÍA PLÁSTICA | JULIO-SEPTIEMBRE 2016 | AÑO 22 | NÚMERO 3

**COLGAJO EN FILETE COMO TRATAMIENTO DE
CARCINOMA BASOCELULAR RECIDIVADO**

Justo La Torre, Ricardo Botache, Agustina Chidichimo

**EXPANSIÓN TISULAR RÁPIDA INTRAOPERATORIA
(RITE)**

Juan José Marra, Luis Mastronardi

**REPARACIÓN DE LA PARED ABDOMINAL, A
PROPÓSITO DE UN CASO DE ENDOMETRIOMA
MÚLTIPLE**

José María Schiavoni, Carlos Pepe, Selene Falzone

**GIGANTOMASTIA JUVENIL. HIPERTROFIA
VIRGINAL. PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO**

Gaspar A Marcello, Antonio Miro, Marisa Dipasquale
**MODIFICACIONES VOLUMÉTRICAS FACIALES CON
RELLENOS DE ÁCIDO HIALURÓNICO. HIALURÓNICO
A LOS 30, UN CAMINO HACIA LA BELLEZA**
Cristian Leonhardt

**TRATAMIENTO PERIORBITARIO CON ÁCIDO
HIALURÓNICO**

Cristian Leonhardt

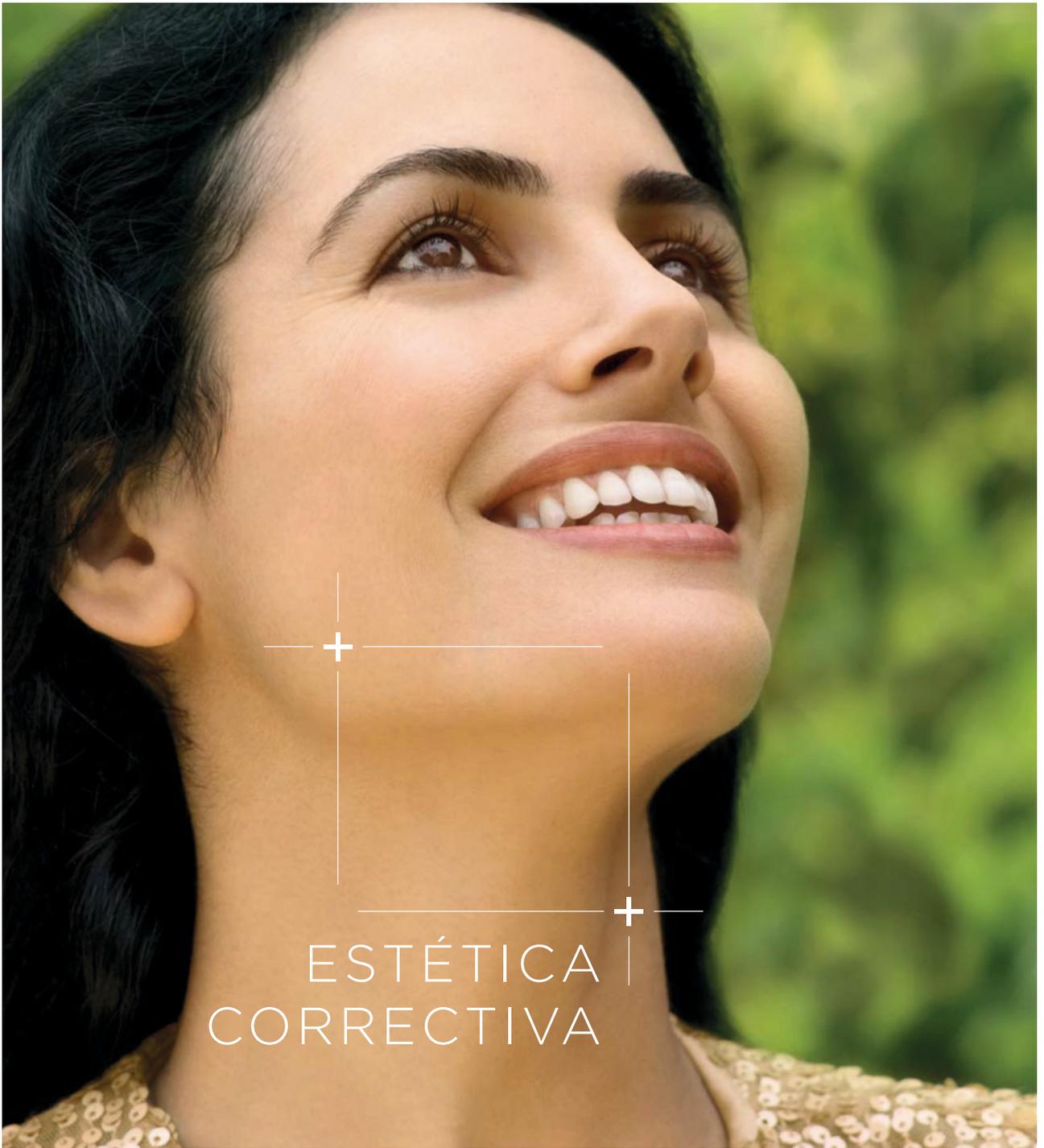


SACPER

Sociedad Argentina de Cirugía Plástica, Estética y Reparadora



**PUBLICACIONES
LATINOAMERICANAS S.R.L.**



ESTÉTICA
CORRECTIVA

La línea más completa

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

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

Emervel®


Restylane®

Restylane®
SKINCARE

Restylane
SKINBOOSTERS™

GALDERMA
Committed to the future
of dermatology

Platsul[®]

AEROSOL

Sulfadiazina de Plata

NUEVO

MAYOR RENDIMIENTO

- *Fácil aplicación*
- *Efectiva barrera mecánica*
- *Control y profilaxis de la infección*

- **RAPIDO**
- **SIMPLE**
- **PRACTICO**
- **FACIL**



CONTENIDO
50 ML

www.soubeiranchobet.com.ar

SCH
SOUBEIRAN CHOBET



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, Córdoba, Mendoza y NOA Tucuman

www.gelombardozzi.com.ar



SACPER

Sociedad Argentina de Cirugía Plástica, Estética y Reparadora

COMISIÓN DIRECTIVA ABRIL 2016-ABRIL 2017

Presidente

Dr. Rubén E. Rosati

Vicepresidente

Dr. Omar Ventura

Secretario General

Dr. Pedro H. Bistoletti

Prosecretario

Dr. Gustavo Marenzi

Tesorero

Dr. Aldo G. Minnozzi

Protesorero

Dr. Sergio Korzin

Secretario de Actas

Dr. Sergio Amallo

Director de Publicaciones

Dr. Federico Flaherty

Subdirector de Publicaciones

Dr. Sergio Polichella

Vocales Titulares

Dr. Gustavo A. Chajchir

Dr. Juan M. Seren

Dr. Mario G. Sosa

Dr. Joaquín A. Pefaure

Vocales Suplentes

Dr. Federico Álvarez

Dr. Gaspar Marcello

Dr. Aníbal Obaid

Dr. Antonio Miro

Presidente anterior

Dr. Javier J. Vera Cucchiari

CAPÍTULOS, COMISIONES Y COMITÉS AÑO 2016

CAPÍTULOS

Cirugía Estética

Dr. Fabián Cortiñas

Cirugía de Quemados y Medicina Regenerativa

Dr. Gustavo Marenzi

Cirugía Maxilofacial

Dr. Alejandro Beltrami

Cirugía Infantil

Dr. Guillermo Franze

Cirugía de Miembros, Mano y microcirugía

Dr. Fernando Pigni

Cirugía de mamas

Dra. Sandra Filiciani

Procedimientos complementarios

miniinvasivos en Cirugía Plástica

Dr. Sergio Korzin

Cirugía de Contorno Corporal y Post Bariátrica

Dr. Gustavo Abrile

COMISIONES

Comisión de Docencia e Investigación

Coord.: Dr. Daniel Absi

Dr. Pedro Bistoletti

Dr. Oscar Zimman

Dr. Joaquín Pefaure

Comisión de Educación Médica Continua

Pte.: Dr. Rubén Rosati

Coord.: Dr. Julio Cianflone

Dra. Mirta Moreno

Dr. Francisco Errea

Dr. Ernesto Moretti

Dr. Juan Carlos Traverso

Comité de Ética

Sala 1: Dr. Horacio García Igarza

Dr. Rodolfo Ferrer

Dr. Ernesto Moretti

Sala 2: Dr. Alfredo Santiago

Dr. Carlos Perroni

Dr. Guillermo Flaherty

Comisión Informática

Coord.: Dr. Federico Flaherty,

Dr. Sergio Polichella

(Director y Subdirector de Publicaciones)

Respuesta de e-mails

Dr. Pedro Bistoletti

Asesor de página web

Dr. Joaquín Pefaure

Comisión de Asuntos Legales

Coord.: Dr. Francisco Famá

Dr. Patricio F. Jacovella

Dr. Carlos Sereday

Junta Electoral

Dr. Manuel Viñal

Dr. Juan Carlos Seiler

Dr. Carlos Zavalla

Consejo de Relaciones Internac de la SACPER

Coord.: Dr. Jorge Herrera

Dr. Omar Ventura (Cono Sur)

Dr. Juan Carlos Traverso (Cono Sur)

Dr. Fabián Cortiñas (ISAPS)

Dr. Juan Carlos Rodríguez (ICOPLAS)

Comisión de Acreditación de Unidades Docentes

Coord.: Dr. Ricardo Yohena

Dr. Walter Servi

Dra. Paulina Iwanyk

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

Rep. de Comisión Directiva:

Dr. Pedro Bistoletti

Comisión del Centro de Referencia y Contra-

referencia 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. Aldo Minnozzi (SACPER)

Relaciones Públicas

Dr. Sergio Marcelo Polichella

Representantes Regionales

Buenos Aires: Dra. Mirta Moreno

La Plata: Dr. Carlos Perroni

Chaco: Dr. Dante Masedo

Tucumán: Dr. Hugo Vellice

San Juan: Dra. Inés Garcés

La Rioja: Dr. Aníbal Ojeda

S. del Estero: Dra. Carolina Cramaro

Rosario: Dr. Guillermo Iturraspe

Patagonia: Dr. Guillermo Franze

Misiones: Dr. Gustavo Abrile

Neuquén: Dr. Domingo Hernández

Comisión de Admisión de Trabajos a Premio

Vicepresidente SACPER

Dr. Omar Ventura

Secretario General SACPER

Dr. Pedro Bistoletti

Prosecretario General SACPER

Dr. Gustavo Marenzi

Comisión Asesora de Congresos

Dr. Juan Carlos Seiler

Dr. Hugo Bertone

Dr. Guillermo Vázquez

Dr. Jorge R. Patané

Dr. Enrique Gagliardi

Dr. Horacio García Igarza

Comisión de Defensa del Ejercicio Profesional

Dra. Noemí Cardozo

Comisión de Prensa y Difusión

Representantes de Comisión Directiva

Dr. Francisco Famá

Dr. Sergio Korzin

Relaciones con Regionales

Dr. Omar Ventura

Representante frente a la ACAP

Dr. Sergio Korzin

Representante frente a la ANMAT

Dr. Pedro Bistoletti



SACPER

Sociedad Argentina de Cirugía Plástica, Estética y Reparadora

Registro de la Propiedad Intelectual en trámite. Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida en forma o medio alguno, electrónico o mecánico, incluyendo fotocopias, grabaciones y otros sistemas de información presentes o futuros sin la autorización por escrito del titular del Copyright.

Propietario: Sociedad Argentina de Cirugía Plástica | Viamonte 2146 piso 6º Piso | C1056ABH CABA - Argentina

Revista Argentina de Cirugía Plástica

COMITÉ DE REDACCIÓN AÑO 2016

Editor

Dr. Gustavo F. Grgicevic

Coeditora

Dra. Georgia Martínez

Comité Editor

Dr. Alejo Paredes
Dr. Aníbal Aroffo
Dr. Gabriel Wexler
Dr. Ezequiel Picech

Consejo Consultor Nacional

Prof. Dr. Patricio Jacovella
Dr. Javier Vera Cucchiari
Dr. Gustavo Abrile

AUTORIDADES DE REGIONALES AÑO 2016

1. Región Buenos Aires (Cdad Autónoma de Buenos Aires y Pcia de Buenos Aires)

Sociedad de Cirugía Plástica de Bs. Aires
Santa Fe 1611 3º Piso - (1060) CABA
Tel: 4816-3757 / 0346 Fax. 4816-0342
info@scpba.org.ar
Presidente: Dr. Gustavo E. Prezzavento
Vicepresidente: Dr. Carlos M. Pestalardo

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: Dra. María L. Da Costa Firmino
Vicepresidente: Dr. Marcelo Irigo

3. Región Mar del Plata (Cdad de M. 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: Dr. Federico Gastón Aldaz
Vicepresidente: Dra. Cristina Del Valle Ovejero

4. Región Rosario y Litoral (Pcia de Sta Fe y E 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.scpperr.com.ar
Presidente: Dr. Gustavo Tita
Vicepresidente: Dr. Néstor Fabián Paul

5. Región Córdoba y Centro (Pcias 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. Alexis Ohanian
Vicepresidente: Dr. Nicolás Fagalde

6. Región Nordeste (NEA) (Pcia 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. Eduardo Velázquez Dabat
Vicepresidente: Dr. Germán González Vedoya

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

Sociedad de Cirugía Plástica del NOA
Sociedad de Cirugía Plástica de Tucumán
Pje. Martínez Suviría 3481 (4000) Tucumán
Presidente: Dr. Horacio Lostia
Vicepresidente: Dr. Sergio González Caruso

8. Región de Cuyo (Pcias 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. Fabián Peláez

9. Región Patagónica (Pcias de Neuquén, Río Negro, Chubut, Santa Cruz y Tierra del Fuego)

Presidente: Dr. Guillermo Franze
Vicepresidente: Dra. Romina Gutiérrez



FOTO DE TAPA

Autorretrato con halo Vincent Van Gogh

Si Vincent Van Gogh se hubiese lesionado la oreja en Argentina, seguramente la habrían reparado Kiku Nagahama, o Jack E. Davis, o Julio Cianflone, o Pedro Dogliotti, o Guillermo Franze, o alguno de los tantos Cirujanos Plásticos certificados y acreditados por SACPER que, de

corazón y con sabiduría, hubiesen realizado el trabajo lo mejor posible. Este es un pequeño homenaje a tantos cirujanos maestros, que estuvieron y están mancomunados en este sueño institucional colectivo, denominado SACPER.



SACPER

Sociedad Argentina de Cirugía Plástica, Estética y Reparadora

Sociedad Argentina de Cirugía Plástica

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: Dr. Gustavo Grgicevic | revista@sacper.org.ar



**PUBLICACIONES
LATINOAMERICANAS S.R.L.**

Producción editorial y gráfica

Publicaciones Latinoamericanas s.r.l.

Piedras 1333 | (C1240ABC)

Ciudad Autónoma de Buenos Aires | Argentina

Tel/fax (5411) 4362-1600 | info@publat.com.ar | www.publat.com.ar

Sumario

Summary

REVISTA ARGENTINA DE CIRUGÍA PLÁSTICA | JULIO - SEPTIEMBRE 2016 | AÑO 22 | NÚMERO 3

EDITORIAL EDITORIAL	114	ARTÍCULO ESPECIAL SPECIAL ARTICLE	140
EDITORIAL Editorial Rubén E. Rosati	100	GIGANTOMASTIA JUVENIL. HIPERTROFIA VIRGINAL. PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO Juvenile macromastia. Virginal mammary hypertrophy. Case report Gaspar A Marcello, Antonio Miro, Marisa Dipasquale	CIRUGÍA PLÁSTICA: ¿ENSEÑAR Y APRENDER O APRENDER A ENSEÑAR? Plastic Surgery: Teach and learn or learn to teach? Patricio F. Jacovella
CASO CLÍNICO CASE REPORT	119	MODIFICACIONES VOLUMÉTRICAS FACIALES CON RELLENOS DE ÁCIDO HIALURÓNICO. HIALURÓNICO A LOS 30, UN CAMINO HACIA LA BELLEZA Volumetric facial reshaping with hyaluronic acid fillers. Hyaluronic at 30, a road to beauty Cristian Leonhardt	NOTICIAS BIBLIOGRÁFICAS BIBLIOGRAPHIC NEWS
COLGAJO EN FILETE COMO TRATAMIENTO DE CARCINOMA BASOCELULAR RECIDIVADO Fillet flap as treatment of recurrent basal cell carcinoma Justo La Torre, Ricardo Botache, Agustina Chidichimo	101	TRATAMIENTO PERIORBITARIO CON ÁCIDO HIALURÓNICO Periorbital treatment with hyaluronic acid Cristian Leonhardt	PRESENTACIÓN DE LIBRO DE LA ESPECIALIDAD Presentation of book of the specialty Comité Editor de la Revista Argentina de Cirugía Plástica
ARTÍCULO DE REVISIÓN REVIEW ARTICLES	105	RECONSTRUCCIÓN FUNCIONAL Y ESTÉTICA DEL CODO (A PROPÓSITO DE UN CASO) Functional and aesthetic reconstruction of the elbow (apropos of a case) Juan Ignacio Seiler, Gustavo Prezzavento, Ariel Durán, Natalia Ferrentino	ENTREVISTA INTERVIEW
EXPANSIÓN TISULAR RÁPIDA INTRAOPERATORIA (RITE) Rapid intraoperative tissue expansion (RITE) Juan José Marra, Luis Mastronardi	126	RECONSTRUCCIÓN FUNCIONAL Y ESTÉTICA DEL CODO (A PROPÓSITO DE UN CASO) Functional and aesthetic reconstruction of the elbow (apropos of a case) Juan Ignacio Seiler, Gustavo Prezzavento, Ariel Durán, Natalia Ferrentino	ENTREVISTA AL SR. EUGENIO LOMBARDOZZI Interview with Mr. Eugenio LombardoZZi
CASOS CLÍNICOS CASE REPORTS	134	RECONSTRUCCIÓN FUNCIONAL Y ESTÉTICA DEL CODO (A PROPÓSITO DE UN CASO) Functional and aesthetic reconstruction of the elbow (apropos of a case) Juan Ignacio Seiler, Gustavo Prezzavento, Ariel Durán, Natalia Ferrentino	148
REPARACIÓN DE LA PARED ABDOMINAL, A PROPÓSITO DE UN CASO DE ENDOMETRIOMA MÚLTIPLE Repair of the abdominal wall, about a case of multiple endometrioma José María Schiavoni, Carlos Pepe, Selene Falzone	110		150

Sumario analítico

Analytic Summary

REVISTA ARGENTINA DE CIRUGÍA PLÁSTICA | JULIO - SEPTIEMBRE 2016 | AÑO 22 | NÚMERO 3

EDITORIAL | EDITORIAL

EDITORIAL

Rubén E. Rosati

CASO CLÍNICO | CASE REPORT

COLGAJO EN FILETE COMO TRATAMIENTO DE CARCINOMA BASOCELULAR RECIDIVADO

Justo La Torre, Ricardo Botache, Agustina Chidichimo
El carcinoma basocelular (CBC) es el tumor maligno de piel con el que más frecuentemente se enfrenta el cirujano plástico, y los CBC recidivados se presentan como un reto en cuanto a su resolución. Por su parte, los queloides que resultan de un proceso patológico de cicatrización tienen múltiples alternativas para su tratamiento. Se describe la versatilidad del colgajo en filete como tratamiento de un CBC recidivado retroauricular, a través de la presentación de un caso clínico.

ARTÍCULO DE REVISIÓN | REVIEW ARTICLE

EXPANSIÓN TISULAR RÁPIDA INTRAOPERATORIA (RITE)

Juan José Marra, Luis Mastronardi
En la cirugía de reconstrucción mamaria posmastectomía, las hipomastias severas y el síndrome de Poland, la expansión tisular rápida intraoperatoria (RITE) ha permitido, mediante la utilización de expansores redondos y expansores diferenciales, lograr resultados satisfactorios con alto grado de satisfacción por los pacientes. La RITE llevada a cabo durante 20 minutos impide la generación de una cápsula en el colgajo expandido disminuyendo así las posibilidades de retracción capsular, lo cual se evidencia en una reducción del posoperatorio, de complicaciones y de secuelas quirúrgicas, conservando la posibilidad de utilización de otras variantes terapéuticas.

CASOS CLÍNICOS | CASE REPORTS

REPARACIÓN DE LA PARED ABDOMINAL, A PROPÓSITO DE UN CASO DE ENDOMETRIOMA MÚLTIPLE

José María Schiavoni, Carlos Pepe, Selene Falzone
El endometrioma de la pared abdominal es una patología poco frecuente, principalmente cuando existe multiplicidad y compromiso del músculo recto anterior del abdomen. Se expone el caso clínico de una paciente de 22 años con múltiples lesiones de la pared abdominal, en la cual se practicó la resección amplia de ambas lesiones, utilizando en la reconstrucción parietal una malla

de polipropileno en plano preperitoneal. El abordaje se realizó a través de una incisión transversa suprapúbica, lo cual fue esencial, por tratarse de una paciente joven.

GIGANTOMASTIA JUVENIL. HIPERTROFIA VIRGINAL. PRESENTACIÓN DE CASO

Gaspar A Marcello, Antonio Miro, Marisa Dìpasquale
La gigantomastia juvenil es una afección médica benigna poco frecuente que causa el crecimiento excesivo y discapacitante de las mamas, provocando importantes trastornos físicos y psíquicos a pacientes púberes o adolescentes. Presentamos el caso en una paciente de 23 años, la cual se encontraba en la última etapa de su patología con una importante signosintomatología. Al no existir un tratamiento específico para ella, la mastoplastia reductiva es el procedimiento más efectivo con el que se cuenta. Se realizó una reducción de 9000 g de tejido mamario mediante la técnica de Torek, obteniendo mamas de volumen medio, simétricas, con cicatrices aceptables. La complejidad de esta patología hace que debamos manejarnos con un equipo multidisciplinario, tanto durante su estudio como en su tratamiento, y consideramos muy importante realizar un seguimiento estricto a largo plazo ya que es posible que, después del tratamiento quirúrgico, se presenten recurrencias.

MODIFICACIONES VOLUMÉTRICAS FACIALES CON RELLENOS DE ÁCIDO HIALURÓNICO. HIALURÓNICO A LOS 30, UN CAMINO HACIA LA BELLEZA

Cristian Leonhardt
Cada vez más, las pacientes jóvenes solicitan tratamientos mínimamente invasivos, como son los rellenos de ácido hialurónico, los cuales tienen una duración de más de un año. Las mujeres de 40 en adelante buscan generalmente un tratamiento de rejuvenecimiento que disminuya las arrugas, así como también la profundidad de los surcos. Las pacientes de menor edad quieren estar más bellas, solicitando muchas veces una modificación de sus proporciones faciales. Se presentan 4 casos de mujeres a las que se les realizó una modificación del volumen facial utilizando ácido hialurónico con diferentes densidades. El contar con rellenos de distintas densidades nos permite trabajar en todas las zonas y planos de la cara, así como modificar los volúmenes de la misma. El análisis de las proporciones faciales, su volumen, balance y simetría nos va a permitir trabajar sobre cada caso en particular y de esta manera lograr nuestro objetivo, la belleza. Se exponen además las complicaciones halladas con este tipo de material de relleno, su duración y su tratamiento.

TRATAMIENTO PERIORBITARIO CON ÁCIDO HIALURÓNICO

Cristian Leonhardt

Hoy, gran cantidad de pacientes solicitan un cambio en la zona palpebral ya que se ven con aspecto de cansados. Muchas veces presentan bolsas y piel redundante, pero no quieren someterse a una cirugía, que en muchos casos es el tratamiento de elección. Pueden ofrecerse como alternativa los rellenos con ácido hialurónico. Como problemas estéticos en la zona, se pueden encontrar: (a) surco nasoyugal o de las lágrimas (*tear trough*), (b) surco palpebromalar, (c) bolsas palpebrales, (d) bolsas malares, (e) flaccidez cutánea.

Sólo en algunas situaciones puede aplicarse relleno a nivel submuscular solamente y es cuando los pacientes presentan piel tensa con un surco nasoyugal o palpebromalar marcados. Si hay bolsas, piel redundante y atrófica deberá aplicarse, además, relleno en el plano subcutáneo, lo que generará una transición mucho más suave entre el párpado y la mejilla. Si bien hacemos una clara distinción entre la aplicación subcutánea y submuscular, no debemos olvidar que en el medio está el orbicular de los párpados y frecuentemente la aplicación se hace en el espesor del músculo mismo. El ácido hialurónico es una sustancia muy noble y, excepto que sea mal aplicado, en general no hay problemas por el producto (Aportar referencias). Si bien puede haber complicaciones como los cordones o las pápulas, que se deben a defectos en la técnica, no suele haber reacciones inflamatorias ni graves ni crónicas, como pueden generar la silicona, el metacrilato, la poliacrilamida u otros productos aunque estén correctamente aplicados (Existen múltiples reportes de complicaciones con ácidos hialurónicos, algunas graves como cegueras, si existe bibliografía seria y confiable sobre "la técnica correcta" para evitar las complicaciones aportarla como referencia). Los moretones son habituales, el edema y en menor medida el dolor son otras posibles complicaciones.

RECONSTRUCCIÓN FUNCIONAL Y ESTÉTICA DEL CODO (A PROPÓSITO DE UN CASO)

Juan Ignacio Seiler, Gustavo Prezzavento, Ariel Durán, Natalia Ferrentino

La reconstrucción de la región periorbitaria es compleja, ya que requiere tejidos que tengan suficiente elasticidad y resistencia y que permitan una rápida recuperación. Cuando la etiología es tumoral, se debe tener en cuenta la exéresis completa de la lesión, la conservación de la funcionalidad del miembro y el aspecto estético, respetando ese orden. Presentamos la evolución de una paciente con un sarcoma de partes blandas en la región del codo que, tras su extirpación en bloque, se reconstruyó con un colgajo pediculado braquial lateral de flujo inverso, y que posteriormente, para mejorar su aspecto estético, se realizó lipoaspiración del colgajo y relleno graso de la zona dadora.

ARTÍCULO ESPECIAL | SPECIAL ARTICLE REPORTS

CIRUGÍA PLÁSTICA: ¿ENSEÑAR Y APRENDER O APRENDER A ENSEÑAR?

Patricio F. Jacovella

Ser especialista certificado en Cirugía Plástica es esencial. Gran cantidad de maestros enseñan muy bien, simplemente sirviendo como ejemplo. Si bien este hecho ha logrado grandes discípulos, la aplicación de un planeamiento basado en las ciencias de la educación puede mejorar mucho más el producto final. La educación médica va mucho más allá de excelentes clases magistrales con herramientas multimedia. Abarca desde un correcto planeamiento educativo inicial hasta la evaluación continua como retroalimentación del sistema educativo. Incluye la interpretación científica del proceso de enseñanza-aprendizaje y de los aspectos lógicos, fisiológicos, sociológicos y psicológicos de la relación docente / alumno. Ser docente en medicina implica manejar una serie de variables que sobrepasan el deseo de enseñar. Ser docente en medicina es capacitarse adecuadamente en educación; es aprender a aprender y aprender a enseñar. La intención del artículo es introducir conceptos sobre ciencias de la educación que correctamente aplicados a la medicina permitan reflexionar sobre el actual modelo de enseñanza y de esta manera mejorar lo que cada educador ya está haciendo con loable vocación.

NOTICIAS BIBLIOGRÁFICAS | BIBLIOGRAPHIC NEWS

PRESENTACIÓN DE LIBRO DE LA ESPECIALIDAD

Comité Editor de la Revista Argentina de Cirugía Plástica

Editorial

Editorial

REVISTA ARGENTINA DE CIRUGÍA PLÁSTICA 2016;22(3):100

Estimados colegas:

Me dirijo a ustedes para saludarlos con ocasión de arribar al fin del año y de editar el tercer número de nuestra *Revista Argentina de Cirugía Plástica*.

Es también oportuno en este momento resaltar el arduo trabajo que nuestro nuevo Editor, el Dr. Gustavo Grgicevic, ha realizado junto con sus colaboradores para actualizar el formato de la revista y para lograr su inserción internacional.

La importancia de nuestros jóvenes es vital. Por ello aliento a los Cirujanos Plásticos en formación a acercarse a la Sociedad, a interiorizarse en la metodología de la redacción de trabajos científicos, con modalidad diseñada especialmente para esta ocasión, y a participar.

También hemos avanzado en un convenio con la Sociedad Americana de Cirugía Plástica, que permite inscribirse en la categoría de "Candidato a Miembro Internacional" que contempla beneficios de interés para la etapa formativa. (Es requisito indispensable estar inscripto en la Regional SACPER correspondiente al lugar en que estén realizando su formación.)

Durante el mes de noviembre, concluyó con éxito el Curso Anual de la Sociedad, dirigido por el Dr. Federico Flaherty. De la mano de la tecnología, las videoconferencias permitieron la participación de las nueve regionales de la SACPER. La modalidad de interacción y discusión le dieron un marco diferente y positivo.

Por último, quiero invitar a todos a que no olvidemos que esta es nuestra Sociedad. Nos interesa recibir y compartir sus propuestas, personalmente en nuestra sede, vía mail o telefónicamente. Con el trabajo y el compromiso de todos iremos logrando el cumplimiento de nuestros objetivos.

Nos reunimos anualmente con ocasión de la realización del Congreso Argentino de nuestra Sociedad. El próximo año lo haremos en mayo en la ciudad de La Plata, y estará presidido por el Dr. Néstor Vincent. Allí actualizaremos conocimientos y será como siempre un espacio de formación y discusión.

¡Les deseo una feliz Navidad y un mejor comienzo de año!

Dr. Rubén E. Rosati

Presidente de la Comisión Directiva de SACPER



El Comité Editorial les desea a los estimados colegas Felices Fiestas y próspero Año Nuevo.

Colgajo en filete como tratamiento de carcinoma basocelular recidivado

Fillet flap as treatment of recurrent basal cell carcinoma

Justo La Torre¹, Ricardo Botache², Agustina Chidichimo³

RESUMEN

El carcinoma basocelular (CBC) es el tumor maligno de piel con el que más frecuentemente se enfrenta el cirujano plástico, y los CBC recidivados se presentan como un reto en cuanto a su resolución. Por su parte, los queloides que resultan de un proceso patológico de cicatrización tienen múltiples alternativas para su tratamiento. Se describe la versatilidad del colgajo en filete como tratamiento de un CBC recidivado retroauricular, a través de la presentación de un caso clínico.

ABSTRACT

Basal cell carcinoma (BCC) is the malignant skin tumor which most frequently is a challenge to the plastic surgeon, and basically the recurrent BCC shows a challenge in terms of resolution. On the other hand, keloids are a consequence of a disease healing process. However, these have multiple choices for treatment. As the versatility of the fillet flap described as treatment of recurrent basal cell carcinoma BCC, by through the presentation of a case report.

REVISTA ARGENTINA DE CIRUGÍA PLÁSTICA 2016;22(3):101-104

INTRODUCCIÓN

El carcinoma o epiteloma basocelular (CBC) es el tumor maligno más frecuente de la piel, constituyendo el 75% de todos los carcinomas en ella. La localización más habitual es en la cabeza y en el cuello (85%).¹

El índice de recidiva de los tumores postratamiento quirúrgico varía entre un 16 y un 100% de los casos. Dichas recidivas son atribuidas a exéresis con márgenes de seguridad comprometidos en la mayoría de los casos², pero también se relaciona con ciertas variedades histológicas como el morfea, esclerosante, o mixto; o con la presencia de más de tres tumores en el mismo paciente³.

Por su parte, los queloides son el resultado de un proceso de cicatrización patológica, en la cual hay una excesiva formación y depósito de colágeno, sintetizado principalmente por los fibroblastos.⁴

Los queloides tienen preferencia por ciertas áreas anatómicas como la oreja, y su extirpación quirúrgica tiene un índice de recidiva de 45-100% de los casos⁵. Es por esto que su tratamiento se presenta como un desafío para todo cirujano plástico.

El colgajo en filete, descrito en un comienzo, aunque con distinto nombre (*keloid core extirpation*) por Lee et al⁶ y posteriormente por Kim et al⁷, propone una opción quirúrgica para extirpación queloide, con un bajo índice de recidiva aun sin tratamiento adyuvante posquirúrgico.

OBJETIVO

Describir la versatilidad del colgajo en filete como tratamiento de un CBC recidivado retroauricular, a través de la presentación de un caso clínico.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se expone el caso clínico de un paciente de 65 años, oriundo de Paraguay, de ocupación agricultor (Figura 1A), con antecedente de exéresis de CBC a nivel frontal y en pabellón auricular izquierdo en el 2010 en su país de origen. Acude al servicio por presentar una importante secuela queloidea en remanente auricular izquierdo (Figura 1B), con altas implicaciones estéticas para el paciente.

Además, se identifica tumoración retroauricular izquierda de 3,2x2,3 cm, sobreelevada, con úlcera central, eritematosa, con bordes superficiales no definidos (Figura 1C), la cual es interconsultada con el Servicio de Dermatología del hospital, que considera lesión compatible con CBC recidivado.

Posterior a exéresis de lesión retroauricular, se plantea un procedimiento de reconstrucción auricular en varios tiempos quirúrgicos, requiriendo toma de cartílago costal y/o de concha auricular contralateral para la reconstrucción del hélix. Se explica la complejidad del procedimiento al paciente, quien no está de acuerdo con su realización.

1. Jefe de Servicio,

2. Concurrente 5 año,

3. Cursista UBA 3 año.

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

✉ Correspondencia: jlatorrev@intramed.net

Los autores no declaran conflictos de intereses

Recibido: 6/11/2016 | Aceptado: 4/12/2016



Figura 1. A. paciente 65 años. B. Queloides de remanente auricular superior. C. Lesión retroauricular

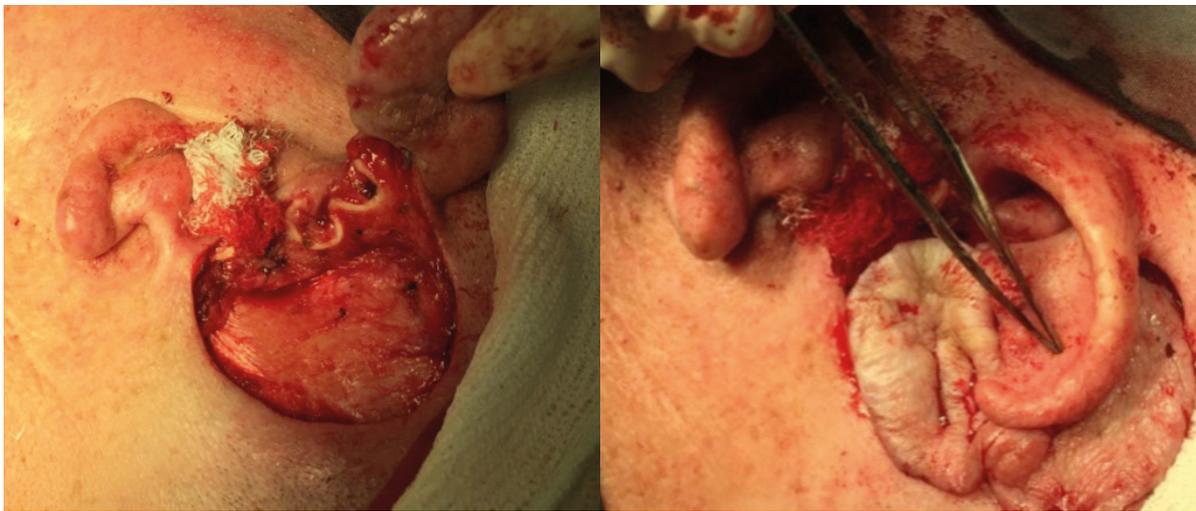


Figura 2. A. Plano perióstico posterior a exéresis de CBC. B. Ubicación de colgajo en filete bilobulado.

De acuerdo con la experiencia del Servicio de Cirugía Plástica y Reparadora del Hospital Tornú con el uso del colgajo en filete para el manejo de los queloides auriculares⁸, se decide realizar exéresis de carcinoma basocelular recidivado retroauricular con márgenes libres, y cubrimiento del defecto con colgajo en filete de queloide auricular, resolviendo los dos problemas que preocupaban al paciente: la patología tumoral y el queloide auricular.

PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

Bajo anestesia local, con infiltración de lidocaína más epinefrina al 1%, se realiza la exéresis de lesión retroauricular. Los márgenes de seguridad en la periferia serán de 5 mm y la exéresis se completa hasta hasta plano perióstico (Figura 2A).

Se realiza infiltración con lidocaína sin epinefrina de queloide auricular, se talla colgajo en filete bilobulado, incidiendo queloide a nivel medial y retirando escaso tejido fibroso central del mismo. Se ubica el colgajo tallado en defecto de cobertura dejado por exéresis

de pieza quirúrgica (Figura 2B), se fija con puntos de nylon, se deja curación plana ligeramente compresiva.

DISCUSIÓN

Las localizaciones faciales de alto riesgo para el CBC, por un mayor índice de recurrencia tumoral y de posibilidades de invasión a estructuras adyacentes y subyacentes, se encuentran en la región periocular, nariz, surco nasogeniano, preauricular, surco retroauricular, pabellón auricular y cuero cabelludo. En estas zonas existen distintos factores como son la mayor densidad de nervios y de glándulas sebáceas, además de que la dermis se encuentra más cercana al pericondrio, periostio y músculo, lo que favorece que el tumor desarrolle extensiones laterales y profundas más importantes⁹. Para el caso expuesto del paciente presentado con un CBC recidivado de las dimensiones descriptas en el área retroauricular, el diagnóstico y tratamiento de elección es la extirpación quirúrgica de la lesión con márgenes de piel sana. Con la extirpación completa del tumor, queda en manos del cirujano plástico la resolución del defecto de



Figura 3. A. Paciente vista frontal preoperatorio. B. Posoperatorio 3 meses.



Figura 4. A. Preoperatorio perfil. B. Posoperatorio 2 meses.



Figura 5. A. Preoperatorio detalle queloides. B y C. Posoperatorio.

cobertura dejado, para lo cual cuenta con múltiples herramientas, desde el cierre simple, injertos, colgajos locales, colocación de expansores, hasta el uso de técnicas microquirúrgicas.

El cierre simple para el caso clínico, debido a la ubicación y las dimensiones de la lesión no se considero una buena alternativa terapéutica. Se discutió como opción terapéutica el uso de injerto de piel parcial, el cual re-

quería un sitio donante, agregándole un área de comorbilidad por lo que debido a las características propias del paciente se descartó. Un colgajo de avance de la región occipital es una buena alternativa para la resolución de lesiones retroauriculares¹⁰. Sin embargo esta técnica no resuelve el queloide auricular que presenta el paciente, por la misma razón se descartó el uso de expansores. Por último, no hay muchos casos descriptos que reúnan la condición característica del paciente de una lesión oncológica retroauricular y un queloide importante auricular.

CONCLUSIÓN

En el contexto del caso clínico expuesto, de un paciente que rechazaba procedimientos quirúrgicos complejos, y su prioridad se centraba en la eliminación del queloide auricular por la connotación estética, consideramos una buena alternativa quirúrgica el uso del colgajo en filete para la resolución de la patología oncológica usándolo a manera de cobertura de la exéresis del tumor retroauricular.

BIBLIOGRAFÍA

1. Neville et al. *Oral and maxillofacial pathology*. Mosby; 2003: 244-49.
2. Rippey JJ, Rippey E. Characteristics of incompletely excised basal cells carcinomas of the skin. *Med J Australian* 1997;166(11):581-3.
3. Friedman HI, et al. Recurrent basal cell carcinoma in margin positive tumors. *Ann Plast Surg* 1997;38(3):232-5.
4. Ketchum LD. Hypertrophic scars and keloids. *Clin Plast Surg* 1977;4:301-10.
5. Lawrence NT. In search of the optimal treatment keloids: report of a series and a review of literature. *Ann Plast Surg* 1991;27:164-78.
6. Lee Y, Minn KW, Baek RM, Hong JJ. A new surgical treatment of keloid: keloid core excision. *Ann Plast Surg* 2001;46:135-40.
7. Kim DY, Kim ES, Eo SR. A surgical approach for earlobe keloid: keloid fillet flap. *Plas Reconstr Surg* 2004;113:1668-74.
8. Botache R, Pontecorvo S, Chidichimo A. Aproximación al tratamiento de queloides auriculares mediante la combinación de colgajo en filete, triamcinolona y presoterapia. A propósito de un caso. *Revista Argentina de Cirugía Plástica* 2015; Volumen XXI, Número 1: 157-160.
9. Consenso sobre Carcinoma Basocelular Carcinoma Espinocelular. *Sociedad Argentina de Dermatología*. 2005.
10. Hoffmann John F. Reconstruction of the Scalp. En: *Local Flaps in Facial Reconstruction*. Baker SR. Elsevier USA. 2007:609-10.

Expansión tisular rápida intraoperatoria (RITE)

Rapid intraoperative tissue expansion (RITE)

Juan José Marra¹, Luis Mastronardi²

RESUMEN

En la cirugía de reconstrucción mamaria posmastectomía, las hipomastias severas y el síndrome de Poland, la expansión tisular rápida intraoperatoria (RITE) ha permitido, mediante la utilización de expansores redondos y expansores diferenciales, lograr resultados con alto grado de satisfacción por los pacientes. La RITE llevada a cabo durante 20 minutos impide la generación de una cápsula en el colgajo expandido disminuyendo así las posibilidades de retracción capsular, lo cual se evidencia en una reducción del posoperatorio, de complicaciones y de secuelas quirúrgicas, conservando la posibilidad de utilización de otras variantes terapéuticas.

ABSTRACT

In breast reconstruction after mastectomies, severe hypomastias and Poland Syndrome, rapid intraoperative tissue expansion (RITE) with the use of round and differentiated expanders has allowed to achieve satisfactory results with high level of patients' satisfaction. The rapid intraoperative tissue expansion carried out for 20 minutes, prevents the formation of a capsule in the expanded flap, therefore reducing the risk of capsular contracture, thus reducing postoperative time, complications and surgical sequelae, permitting the use of other therapeutic modalities.

REVISTA ARGENTINA DE CIRUGÍA PLÁSTICA 2016;22(3):105-109

INTRODUCCIÓN

Se han descrito diversas opciones reconstructivas luego de una mastectomía, que abarcan desde la expansión temporaria hasta la transferencia de tejidos autólogos, si bien algunas de estas opciones implican varios tiempos quirúrgicos o sumados a grados variables de complicaciones y secuelas en la zona dadora. El procedimiento elegido debería considerar optimizar los resultados con la menor morbilidad y secuela funcional posible.

Los primeros estudios publicados relacionados con la expansión de tejidos en cirugía reconstructiva tuvieron lugar en 1905, cuando Codvilla lo describe como alternativa para lograr una elongación femoral, seguido por Magnusson en 1908 también para tal fin.^{1,2} Neumann publica en 1957 la primera expansión tisular realizada mediante la implantación subcutánea de balones de látex conectados a un tubo de poliuretano exteriorizado por contraabertura para una reconstrucción auricular.³ Sin embargo, los pioneros en la expansión cutánea tal como la conocemos hoy en día fueron Radovan y Austad, cuyos aportes novedosos e innovadores han sido de gran utilidad en la cirugía reconstructiva. En 1976, Radovan perfecciona el concepto de Neumann,

creando un balón abocado al exterior por una jeringa tubo que permitiría su llenado, equipado con un sistema accesorio para extraer el líquido. Austad presenta en 1979 los hallazgos histológicos que acompañan la expansión de tejidos y recibe junto Rose el primer premio de la investigación de la Sociedad Americana de Cirugía Plástica motivando luego múltiples trabajos relacionados con la expansión de tejidos. En 1982, Radovan emplea la expansión en tejido mamario y en 1983 Argenta lo utiliza en cabeza y cuello, mientras que la expansión rápida fue mencionada por primera vez en 1987 por Sasaki, quien incluye pequeños expansores en cara para explotar las propiedades viscoelásticas de la piel⁴⁻⁸.

Gibson desarrolla el concepto de "arrastré" (CREEP) y explica el mecanismo por el cual los tejidos son reclutados desde la periferia hacia el centro, además de exponer las modificaciones histológicas que permiten este proceso. Demuestra como la deshidratación y desplazamientos de los mucopolisacáridos de la sustancia fundamental sumados a la microfragmentación de las fibras elásticas posibilitan el reordenamiento de las fibras de colágeno, que culmina con el reclutamiento de tejidos vecinos hacia el área expandida (**Figura 1**)^{9,10}.

En 1987, Mustoe et al. completan los criterios con un estudio comparativo entre la expansión convencional y rápida, en el que no se hallaron cambios significativos en el espesor de las capas cutáneas con ambos métodos.¹¹ Ollenius et al. demuestran un aumento en el número de queratinocitos por mayor actividad mitótica en los tejidos sometidos a expansión¹²⁻¹⁴. Los fibroblastos y miofibroblastos son los responsables de la contractura capsular ya que provocan la retracción de la cápsula, por consiguiente la RITE (*Rapid Intraope-*

1. Cirujano Plástico. SCPBA. SACPER. Profesor de la Cátedra de Cirugía Estética, Posgrado de Cirugía Plástica y Reconstructiva, USAL.
2. Cirujano Plástico. Miembro aspirante SCPBA.

✉ Correspondencia: Dr. Pedro Ignacio Rivera 3509, (1430) CABA, Rep. Argentina | ceicirugiaplastica@hotmail.com

Los autores no declaran conflictos de intereses

Recibido: 21/10/2016 | Aceptado: 23/12/2016

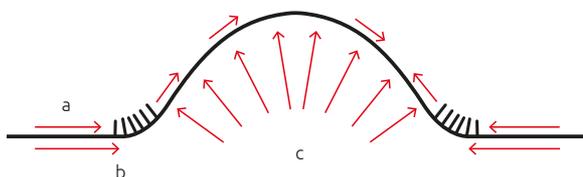


Figura 1. Concepto de "arrastre" de Gibson et al. (CREEP). a. Zona de deslizamiento. b. Zona de reclutamiento. c. Área de estiramiento.

native Tissue Expansion), debido a su breve duración, no genera una cápsula en el colgajo expandido disminuyendo las posibilidades de retracción.¹⁵

MATERIAL Y MÉTODO

La selección de pacientes incluye a aquellas mujeres que requieren una reconstrucción mamaria luego de una mastectomía, cuando la calidad y tamaño de la cobertura sean adecuados y no presenten daños severos por radioterapia previa. Actualmente, el uso de sistemas de aspiración continua asociado a lipoinjertos previos en estas pacientes podrían mejorar estas condiciones de cobertura, permitiendo una posterior expansión.

En la totalidad de las pacientes preferimos realizar la reconstrucción mamaria de manera diferida, ya que evitamos sumar la morbilidad de los dos procedimientos, y creemos que este periodo de duelo por la mama perdida le permite a la paciente procesar con otro nivel de expectativas de resultado en la nueva mama.

Otro grupo de pacientes que se pueden beneficiar con este procedimiento son aquellas con síndrome de Poland o con hipomastia severa, en las que una expansión de tejidos previa a la colocación del implante permite obtener resultados satisfactorios.

En todas las pacientes intervenidas se utilizó anestesia local sumada a una pseudoanalgesia realizada por el anestesiólogo. Se utilizaron expansores redondos y expansores diferenciales de aproximadamente 600 cc con pico Luer para expansión rápida (**Figura 2**).

TÉCNICA QUIRÚRGICA

En la marcación preoperatoria, el bolsillo diseñado resulta de la simetrización deseada con la mama contralateral, marcando el futuro surco submamario aproximadamente a 20 cm desde la horquilla esternal y posicionándolo 2 cm debajo del surco contralateral para evitar su ascenso posterior. El polo superior se define proyectando el reborde superior glandular de la mama contra-



Figura 2. Expansor diferencial y expansor redondo.

lateral mediante una leve compresión manual. La línea axilar anterior marca el límite lateral del bolsillo.

En la reconstrucción mamaria posmastectomía se efectúa la colocación del expansor realizando una incisión de aproximadamente 3 cm de longitud en la cola de la cicatriz previa (se tiene precaución de ubicarla en el extremo de la cicatriz para evitar soluciones de continuidad sobre la zona expandida).

En pacientes con hipomastia, síndrome de Poland o adenomastectomía, para su expansión se sugiere el abordaje por vía axilar.

El expansor debe poseer ciertas características esenciales para cumplir la función; debe ser inerte o biocompatible, tener capacidad elástica para insuflarse al doble de su volumen y ser impermeable para evitar pérdidas. Finalmente, resulta conveniente que posea un sistema cómodo y rápido de llenado y vaciado para facilitar el procedimiento.

El bolsillo es tallado en el plano retromuscular, y luego de un control exhaustivo de hemostasia se coloca un expansor que preferimos con pico tipo Luer para facilitar su rápido llenado (**Figura 3**).

Se inicia la expansión con solución fisiológica y se espera durante un lapso de 20 minutos, contándose el tiempo desde el inicio del procedimiento.

Durante este período podemos notar palidez en la piel debido a la tensión por la expansión a la que es sometida, lo que nos sugiere el reordenamiento de las fibras de colágeno provocada por la microfragmentación de las fibras elásticas, la hipoxia y la deshidratación. Luego de 20 minutos de expansión se extrae el expansor y se realiza la inclusión del implante liso redondo de gel de silicona. No colocamos drenaje ni vendaje sino una prenda de contención no compresiva.

En los casos en que la paciente desee completar su reconstrucción con el tallado del complejo areola pezón, este se realiza luego de los 6 meses de la expansión rápida. Durante este tiempo se logra que la mama se estabilice en su posición definitiva para iniciar la simetrización de la mama contralateral (**Figuras 3 a, b, c, d**).

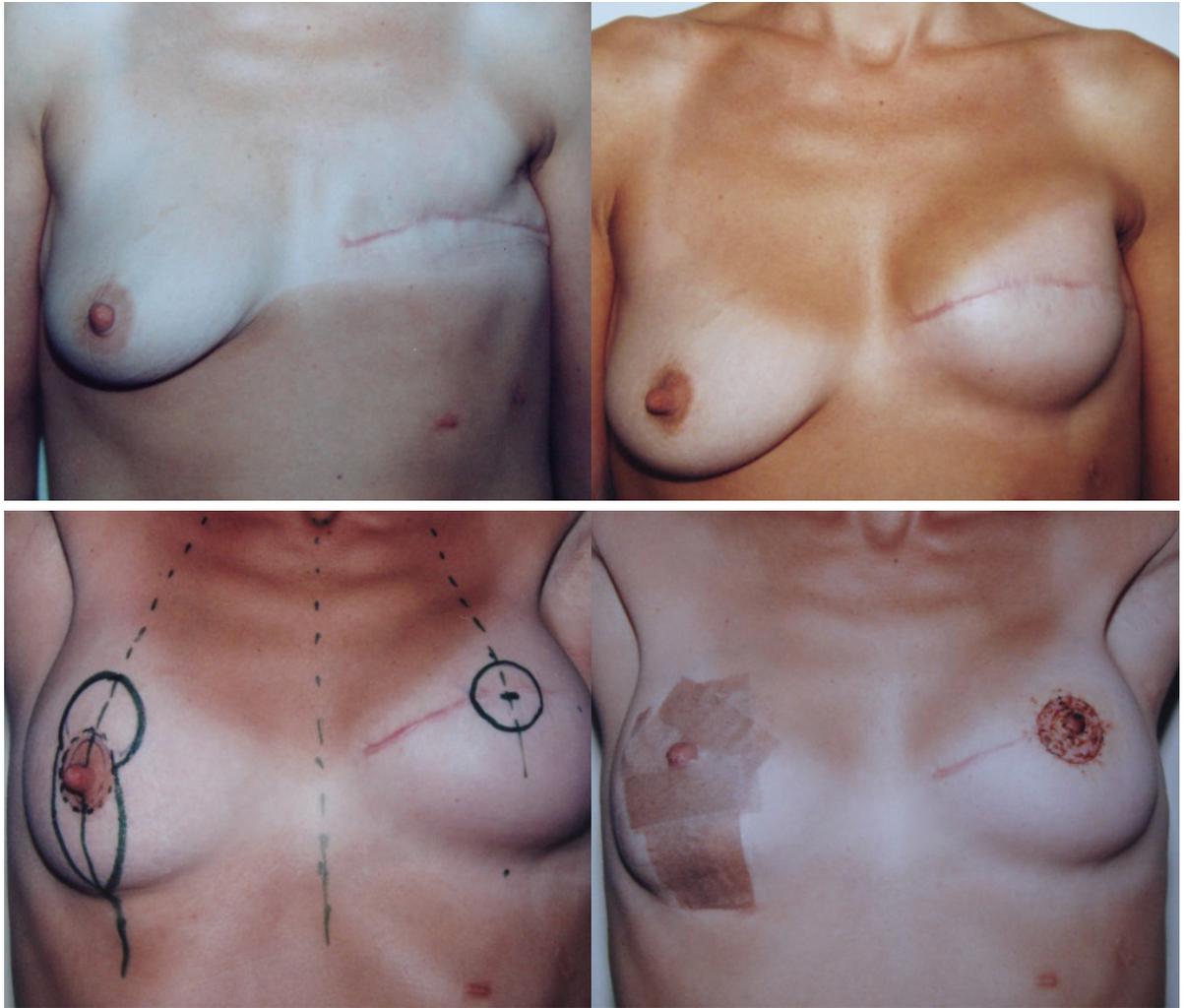


Figura 3. Expansión rápida intraoperatoria más Inclusión de implante, con posterior simetrización de la mama contralateral y reconstrucción del complejo areola-pezones en una paciente con mastectomía previa.

DISCUSIÓN

Al plantearse una cirugía de reconstrucción mamaria, el cirujano debería orientar su decisión quirúrgica no solo por la calidad del resultado deseado sino también considerando las posibles secuelas y morbilidad de la cirugía elegida. Actualmente, los procedimientos quirúrgicos se han acortado y perfeccionado generando menor morbilidad y brindando mejores resultados estéticos y funcionales, todo esto sumado al avance del diseño y fabricación de los implantes, lo cual ha permitido incorporar los conceptos de expansión para los procedimientos reconstructivos^{14,16-18}.

La carga emocional de las mujeres que solicitan una reconstrucción mamaria es considerablemente mayor que en otro tipo de pacientes, ya que poseen un estrés psicológico relacionado con la pérdida de su mama. Hemos observado que este tipo de pacientes busca por lo general la recuperación del volumen en dicha la zona que le permita vestirse disimulando la ausencia de su mama, y no un resultado estéticamente natural y refi-

nado como pretenderíamos la mayoría de los cirujanos al tratarla (**Figuras 4 a, b, c, d**).

Por los motivos citados, el cirujano que encara este tipo de cirugía debería evaluar los costos y los beneficios de las diferentes opciones terapéuticas eligiendo la que menos morbilidad implique. Estos conceptos nos han orientado hacia la opción de la RITE con Inclusión de Implante, ya que no prolonga el período de tratamiento y no suma secuelas en zonas dadoras^{13,14,16}.

En cuanto a las posibles desventajas de la reconstrucción mamaria con este procedimiento podemos mencionar que se utilizan materiales aloplásticos y requiere de características especiales en el tejido a tratar.

El resultado del estiramiento logrado depende de características intrínsecas de la paciente tales como el grosor y la elasticidad de su piel que responden a factores genéticos, edad y hábitos; y de características adquiridas como la presencia de cicatrices previas, radioterapia recibida o cambios inflamatorios locales.

Respecto a las pacientes con síndrome de Poland o con hipomastia severa, la posibilidad de expandir los teji-



Figura 4. Resultados obtenidos en una paciente joven sometida a mastectomía. Nótese cómo puede vestirse cómodamente luego del procedimiento.

dos previo a la colocación del implante nos facilitará un mejor resultado.

CONCLUSIÓN

La carga emocional en las pacientes pasibles de reconstrucción mamaria es muy alta, por lo cual el cirujano debe estar convencido del tipo de procedimiento que va a desarrollar.

La RITE con inclusión de implantes elude secuelas innecesarias sin interferir con otras posibles futuras intervenciones, reduce los tiempos quirúrgicos acortan-

do el periodo de tratamiento, evita la inclusión de un cuerpo extraño temporario que genere cápsula sin la necesidad de deformidades temporarias y permite una reconstrucción inmediata, cumpliendo en general con las expectativas de la paciente.

Al realizarse hoy en día cirugías más conservadoras y radioterapias menos agresivas, estamos convencidos que la RITE con inclusión de implante es un procedimiento óptimo a tener en cuenta para la reconstrucción mamaria posmastectomía o en todos aquellos casos donde se deba aportar tejido.

BIBLIOGRAFÍA

1. Codvilla A. On the means of lengthening in the lower limbs, the muscles and tissues which are shortened through deformity. *Am J Orthop Surg* 1905;2:353.
2. Magnuson PS. Lengthening shortened bones of the leg by operation. *Univ Pa Med Bull* 1908:103.
3. Neumann CG. The expansion of an area of skin by progressive distention of a subcutaneous balloon; use of the method for securing skin for subtotal reconstruction of the ear. *Plast Reconstr Surg* 1957;19(2):124-30.
4. Radovan C. Breast reconstruction after mastectomy using the temporary expander. *Plast Reconstr Surg*. 1982 Feb;69(2):195-208.
5. Austad ED, Pasyk KA, McClatchey KD, Cherry GW. Histomorphologic evaluation of guinea pig skin and soft tissue after controlled tissue expansion. *Plast Reconstr Surg*. 1982 Dec;70(6):704-10.
6. Austad ED. The modelling of skin expanders (Discussion). *Plast Reconstr Surg*. 1989; 83: 366.
7. Argenta LC. Controlled tissue expansion in reconstructive surgery. *Br J Plast Surg*. 1984 Oct;37(4):520-9.
8. Sasaki GH. Intraoperative sustained limited expansion (ISLE) as an immediate reconstructive technique. *Clin Plast Surg*. 1987 Jul;14(3):563-73.
9. Gibson T, Kenedi RM. Biomechanical properties of skin. *Surg Clin North Am*. 1967 Apr;47(2):279-94.
10. Gibson T, Kenedi RM, Craik JE. The mobile micro-architecture of dermal collagen: a bio-engineering study. *Br J Surg*. 1965 Oct;52(10):764-70.
11. Mustoe TA, Bartell TH, Garner WL. Physical, biomechanical, histologic, and biochemical effects of rapid versus conventional tissue expansion. *Plast Reconstr Surg*. 1989 Apr;83(4):687-91
12. Fan Z, Guan W, Jin Y. Experimental study of changes in biomechanical properties of pig skin after rapid expansion. *Zhonghua Zheng Xing Shao Shang Wai Ke Za Zhi*. 1994 Jan;10(1):34-7.
13. Olenius M, Dalsgaard CJ, Wickman M. Mitotic activity in expanded human skin. *Plast Reconstr Surg*. 1993 Feb;91(2):213-6.
14. Machida BK, Liu-Shindo M, Sasaki GH, Rice DH, Chandrasoma P. Immediate versus chronic tissue expansion. *Ann Plast Surg*. 1991 Mar. 26(3):227-31; discussion 232.
15. Zimman OA, Robles JM, Lee JC. The fibrous capsule around mammary implants: An investigation. *Aesthetic Plast Surg*. 1978 Dec;2(1):217-34.
16. Fee-Fulkerson K, Conaway MR, Winer EP, Fulkerson CC, Rimer BK, Georgiade G. Factors contributing to patient satisfaction with breast reconstruction using silicone gel implants. *Plast Reconstr Surg*. 1996 Jun;97(7):1420-6.
17. Spear SL, Spittler CJ. Breast reconstruction with implants and expanders. *Plast Reconstr Surg*. 2001 Jan;107(1):177-87.
18. Pusic AL, Cordeiro PG. An accelerated approach to tissue expansion for breast reconstruction: experience with intraoperative and rapid postoperative expansion in 370 reconstructions. *Plast Reconstr Surg*. 2003 May;111(6):1871-5.

Reparación de la pared abdominal, a propósito de un caso de endometrioma múltiple

Repair of the abdominal wall, about a case of multiple endometrioma

José María Schiavoni¹, Carlos Pepe², Selene Falzone³

RESUMEN

El endometrioma de la pared abdominal es una patología poco frecuente, principalmente cuando existe multiplicidad y compromiso del músculo recto anterior del abdomen. Se expone el caso clínico de una paciente de 22 años con múltiples lesiones de la pared abdominal, en la cual se practicó la resección amplia de ambas lesiones, utilizando en la reconstrucción parietal una malla de polipropileno en plano preperitoneal. El abordaje se realizó a través de una incisión transversa suprapúbica, lo cual fue esencial, por tratarse de una paciente joven.

Palabras claves: endometrioma, pared abdominal, reconstrucción parietal abdominal.

REVISTA ARGENTINA DE CIRUGÍA PLÁSTICA 2016;22(3):110-112

INTRODUCCIÓN

La endometriosis es la presencia de estroma y glándulas endometriales fuera de la cavidad uterina, tanto a nivel intra- como extrapélvico. La presencia de tejido endometrial en la pared abdominal, definida como endometrioma, consiste en una masa bien circunscrita de tejido endometrial localizado fuera de la pelvis^{1,2}. La afección del músculo recto anterior del abdomen es una presentación muy poco frecuente.

Se localiza por lo general en proximidades de cicatrices quirúrgicas previas, principalmente ginecoobstétricas, y se presenta entre los 2 y los 5 años posteriores a aquellas, con una incidencia del 0,03-0,49%.

Afecta a mujeres en edad reproductiva entre los 20 y los 40 años debido a la influencia hormonal ejercida sobre dichas lesiones. Los síntomas se presentan en 2/3 de las pacientes, caracterizándose por la tríada de masa abdominal, dolor periódico y asociación con herida quirúrgica.

El diagnóstico de certeza se realiza mediante el estudio histológico de las piezas quirúrgicas. Asimismo, los métodos complementarios por imágenes permiten determinar la localización, características de la lesión y la concomitancia y/o multiplicidad.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se presenta el caso de una paciente de 22 años, con antecedentes quirúrgicos de una cesárea de 2 años de evolución, que consulta por tumoraciones abdominales múltiples de 12 meses de evolución, induradas, con dolor tipo continuo, y aumento de tamaño en los últimos 4 meses, negando síntomas ginecológicos.

Al examen físico se constataron dos tumoraciones, una sobre fosa iliaca derecha en proximidades de cicatriz de Pfannenstiel previa y otra infraumbilical izquierda, ambas redondeadas, dolorosas a la palpación y espontáneamente, de consistencia pétreas, adheridas a planos superficiales y profundos.

Los estudios por imágenes, ecografía abdominal, resonancia nuclear magnética (RNM) y tomografía axial computada (TAC) informaron sobre las características de dichas lesiones, presentando además marcadores tumorales dentro de parámetros normales.

La exéresis amplia de ambas lesiones y parcial del músculo recto anterior izquierdo con reconstrucción parietal con malla de polipropileno en plano preperitoneal fue la técnica de elección, utilizando una incisión transversa suprapúbica para el abordaje.

RESULTADOS

El estudio anatomopatológico informó múltiples ni-

1. Médico, Especialista en Cirugía Plástica, Profesor de UNC, Jefe de UCA de Nuevo Hospital San Antonio de Padua, Miembro Titular de SACPER.
2. Médico, Especialista en Cirugía General, Jefe de Servicio de Cirugía General de Nuevo Hospital San Antonio de Padua.
3. Residente de Cirugía General de Nuevo Hospital San Antonio de Padua.

Nuevo Hospital San Antonio de Padua, Río Cuarto, Córdoba, Rep. Argentina.

✉ Correspondencia: joseschiavoni@yahoo.com.ar

Los autores no declaran conflictos de intereses

Recibido: XXXXX | Aceptado: XXXXX



Figura 1. Lesiones parietales. Figura 2. Ecografía de pared abdominal: lesión infraumbilical de 3,8 cm x 1,1 cm.

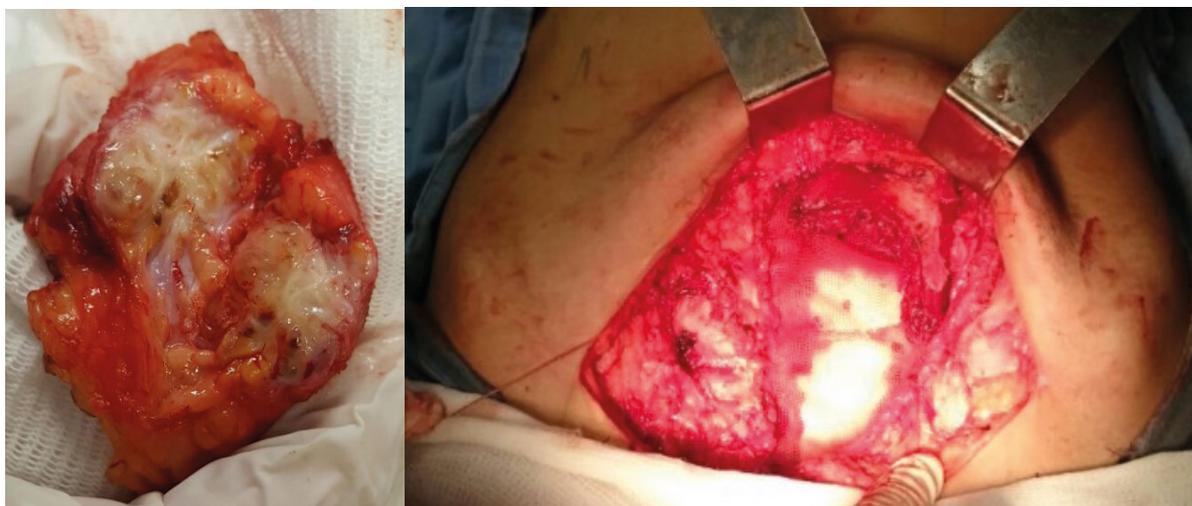


Figura 3. Corte transversal de lesión de fosa ilíaca derecha. Figura 4. Reconstrucción de defecto parietal con malla de polipropileno.



Figura 5. Posoperatorio 30 días.

dos de tejido conectivo y muscular, sin atipia celular, con compromiso del tejido celular subcutáneo en la pieza de fosa ilíaca derecha y muscular en la infraumbilical, con resección completa de las lesiones.

No se observaron complicaciones posquirúrgicas inmediatas ni tardías.

DISCUSIÓN

La ausencia de síntomas clásicos, el sitio inusual de la lesión y la multiplicidad de estas hacen el diagnóstico dificultoso, debiendo plantearse diagnósticos diferenciales con otras masas que comprometen la pared abdominal, hernias, lipomas, abscesos, teratomas, sarcomas y cáncer metastásico.

La posibilidad de un carcinoma originado a partir de un endometrioma debe ser tenida en cuenta con una incidencia reportada de entre 0,3 y 1%³⁻⁵. La transformación maligna es un evento raro, descrito principalmente como complicación de endometriosis ovárica, pero debe ser reconocida como una posibilidad.

La recurrencia es poco frecuente, usualmente se

presenta dentro del año y es producto de la remoción inadecuada de tejido endometriósico⁶.

Las resecciones amplias de tejido que comprometen grandes extensiones parietales obligan a la utilización de mallas protésicas, reduciendo con esto el riesgo de eventraciones⁷.

CONCLUSIÓN

El tratamiento quirúrgico con resección amplia es el

procedimiento indicado debido a la posibilidad de recidivas. La utilización de mallas protésicas de diversa composición según el plano en el cual deban colocarse resultan elementos esenciales ante defectos parietales amplios. No menos importante es el planteo del abordaje, debiendo seleccionarse las incisiones estéticamente más adecuadas ya que se trata de una patología que afecta a mujeres jóvenes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ortega Herrera R, Serrano Puche F, Prieto Sánchez E, Gómez de Travedo y Calvo I, López Marín P, Rubí Uriá MJ. Endometriosis de la pared abdominal. *Prog Obstet Ginecol* 2012;55(8):367-72.
2. Hensen JH, Van Breda Vriesman AC, Puyllaert JB. Abdominal wall endometriosis: clinical presentation and imaging features with emphasis on sonography. *AJR Am J Roentgenol* 2006;186(3):616-20.
3. Park S, Hong S, Wu H, Ha S. Clear cell carcinoma arising in a cesarean section endometriosis: a case report. *J Korean Med Sci* 1999;14:217-9.
4. Matter M, Schneider N, McKee T. Cystadenocarcinoma of the abdominal wall following caesarean section: case report and review of the literature. *Gynecol Oncol* 2003;91:438-43.
5. Leng J, Lang J, Guo L, Li H, Liu Z. Carcinosarcoma arising from atypical endometriosis in a cesarean section scar. *Int J Gynecol Cancer* 2006;16(1):432-5.
6. Erkan N, Hacıyanh M, Sayhan H. Abdominal wall endometriomas. *Int J Gynaecol Obstet* 2005;89:59-60.
7. López-Cano M, Barreiro Morandeira F. Prótesis en el tratamiento de las eventraciones. *Cir Esp (Ed. impr.)*; 88(3): 152-157, sept. 2010

Ordenador Cicatrizal Piraino (O.C.P.) Rígido transparente para rostro



En caso de pacientes pediátricos se debe tomar el molde en quirófano bajo anestesia.

EL USO DE MATERIAL TRANSPARENTE (butirato de celulosa), IDEAL PARA MASCARAS FACIALES, nos permite monitoriar LA PRESIÓN EJERCIDA SOBRE LAS CICATRICES.

El aspecto blanquecino (por isquemia) NOS CONFIRMA QUE LA COMPRESIÓN ES UNIFORME Y ÚTIL en todas las áreas críticas.



Durante el tratamiento



Después de 24 meses de tratamiento

Estos resultados se obtienen cuando la rehabilitación se realiza en conjunto con el equipo interdisciplinario. Además la participación de los familiares es fundamental.

Gigantomastia juvenil. Hipertrofia virginal. Presentación de caso clínico

Juvenile macromastia. Virginal mammary hypertrophy. Case report

Gaspar A Marcello¹, Antonio Miro², Marisa Dipasquale³

RESUMEN

La gigantomastia juvenil es una afección médica benigna poco frecuente que causa el crecimiento excesivo y discapacitante de las mamas, provocando importantes trastornos físicos y psíquicos a pacientes púberes o adolescentes. Presentamos el caso en una paciente de 23 años, la cual se encontraba en la última etapa de su patología con una importante signosintomatología. Al no existir un tratamiento específico para ella, la mastoplastia reductiva es el procedimiento más efectivo con el que se cuenta. Se realizó una reducción de 9000 g de tejido mamario mediante la técnica de Torek, obteniendo mamas de volumen medio, simétricas, con cicatrices aceptables. La complejidad de esta patología hace que debamos manejarnos con un equipo multidisciplinario, tanto durante su estudio como en su tratamiento, y consideramos muy importante realizar un seguimiento estricto a largo plazo ya que es posible que, después del tratamiento quirúrgico, se presenten recurrencias.

Palabras claves: gigantomastia, hipertrofia mamaria, virginal, mastoplastia.

ABSTRACT

Juvenile gigantomastia is a rare benign medical condition that causes excessive and disabling growth of the breasts and provokes considerable physical and psychological discomfort in patients in their puberty and adolescence. We introduce the case of a 23-year-old patient in the last stage of her condition with considerable signs and symptoms. There is no specific treatment for juvenile gigantomastia; hence breast reduction is the most effective procedure available. A reduction of 9,000 grams of breast tissue was performed using Torek's technique, resulting in medium volume, symmetrical breasts with acceptable scars. The complexity of this disorder requires a multidisciplinary team during the study and therapy stages. A strict long-term follow-up is recommended as relapses are possible after surgery.

Key words: gigantomastia, breast hypertrophy, virginal, mastoplasty.

REVISTA ARGENTINA DE CIRUGÍA PLÁSTICA 2016;22(3):114-118

INTRODUCCIÓN

La gigantomastia juvenil es una afección médica muy poco frecuente que causa un crecimiento excesivo y difuso de uno o ambos senos; suele iniciarse durante la pubertad y en algunos casos llega a ser incapacitante para la paciente¹.

No están claros cuáles son los mecanismos exactos que controlan el desarrollo inapropiado de la glándula ma-

maria, ni tampoco la regulación del tamaño celular normal. Se piensa que la hipertrofia juvenil de los senos se debe a la hipersensibilidad a las hormonas femeninas, principalmente al estrógeno².

Dentro de la patología mamaria infantojuvenil, el 19% corresponde a alteraciones del desarrollo, y dentro de éstas, las macromastias son aproximadamente el 15%.

1. Jefe de Sala. Cirugía Plástica del Hospital Interzonal de Agudos Evita. Miembro Titular de la Sociedad Argentina de Cirugía Plástica. Miembro Titular de la Sociedad de Cirugía Plástica de Buenos Aires.
2. Médico de planta. Cirugía Plástica del Hospital Interzonal de Agudos Evita. Miembro Titular de la Sociedad Argentina de Cirugía Plástica. Miembro Titular de la Sociedad de Cirugía Plástica de Buenos Aires.
3. Médico de planta. Cirugía Plástica del Hospital Interzonal de Agudos Evita, Lanús, Buenos Aires, Rep. Argentina. Miembro Titular de la Sociedad de Cirugía Plástica de Buenos Aires.

✉ Correspondencia: Gaspar A. Marcello | Güemes 4483, Piso 1, Depto "A", C1425BLE CABA, Rep. Argentina | drmarcello@hotmail.com

Los autores no declaran conflictos de intereses

Recibido: XXXXX | Aceptado: XXXXX

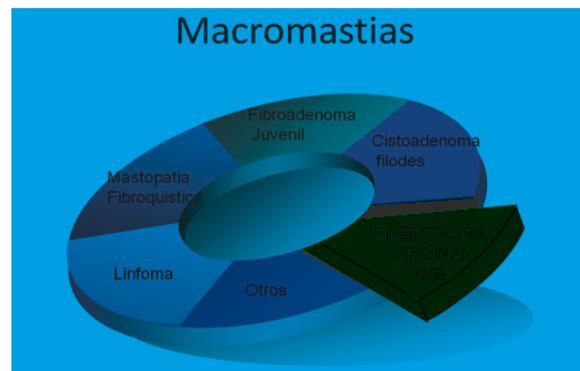


Figura 1. Incidencia de la hipertrofia marginal en las gigantomastias.

TABLA 1. Enfoque multidisciplinario.

Endocrinología	Ginecología	Psicología	Cirugía
<ul style="list-style-type: none"> Perfil de laboratorio hormonal normal Estudio Rx de silla turca normal. 	<ul style="list-style-type: none"> Mamografía Ecografía Examen clínico de parénquima mamario denso, sin nódulos ni quistes. Biopsia mamaria, informa: fibrosis estromal. Tratamiento posoperatorio con tamoxifeno. 	<ul style="list-style-type: none"> Evaluación previa Apoyo posoperatorio 	<ul style="list-style-type: none"> Planificación Mastoplastia de reducción Seguimiento a largo plazo.

TABLA 2. Signosintomatología y su evolución cronológica.

Fase 1 - 16-17 años	Fase 2 - 17-20 años	Fase 3 - 20-23 años
<ul style="list-style-type: none"> Crecimiento gradual Asimetría leve 	<ul style="list-style-type: none"> Hipertrofia Asimetría Edema Alteraciones cutáneas Vasodilatación venosa 	<ul style="list-style-type: none"> Gigantomastia Hipersensibilidad Escoriaciones Trastornos psicológicos Eritema Pérdida de sensibilidad del CAP Limitación física

La gigantomastia juvenil o también llamada hipertrofia virginal ocupa el 13% dentro del total de las macromastias (**Figura 1**).

Dicha patología, a pesar de ser de carácter benigno, puede provocar importantes trastornos físicos y psíquicos a pacientes púberes o adolescentes³. El tamaño y el peso excesivos de las mamas pueden ser asociados con otros problemas de salud. Es común para las mujeres quejarse de dolores de cabeza, de cuello, lumbar, de entumecimiento y hormigueo en los dedos. A causa del peso de las mamas, las correas del sostén pueden causar marcas o depresiones en los hombros, llegando a ocasionar cicatrices permanentes con irritación crónica. Los sarpullidos severos bajo las mamas son comunes⁴⁻⁶.

MÉTODO

Presentamos un caso de gigantomastia juvenil (hipertrofia virginal) en una paciente de 23 años. Debido a que no hay un tratamiento específico para esta patología, realizamos un enfoque multidisciplinario. El Servicio de Endocrinología se encargó de estudiar el perfil hormonal, descartando patologías en este sentido; asimismo, Ginecología realizó los estudios correspondientes a la salud de las glándulas mamarias. Un equipo de psicólogos fue el encargado de sostener a la paciente previo a la cirugía y en el posoperatorio, y nuestro Servicio fue el encargado de la planificación y elección de la táctica y técnica operatoria y el seguimiento posquirúrgico.

En la **Tabla 1** se detalla la participación de las diferentes especialidades^{7,8}.

La paciente evolucionó en forma progresiva a partir de los 16 años de edad, viendo como su cuadro clínico adquiría cada vez más complejidad, sufriendo la sintomatología en diferentes etapas detallada en la **Tabla 2**.

A lo largo de los años se han desarrollado múltiples técnicas de mastoplastia reductiva basadas en diferentes pedículos vasculares, para trasladar el complejo areola mamilar a un punto más elevado en el tórax, variable según la contextura física de la paciente.

La ptosis extrema de nuestra paciente, en la que las dis-

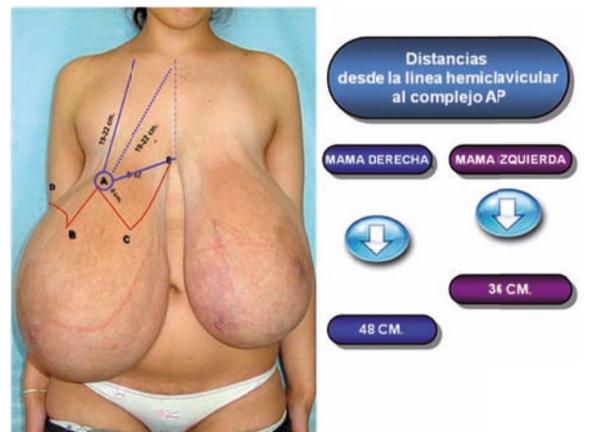


Figura 2. Distancias desde la línea hemiclavicular al complejo areola pezón. Planeamiento de la marcación prequirúrgica.

tancias desde la línea hemiclavicular al CAP eran de 48 cm en su mama derecha y 36 cm en la izquierda (**Figura 2**), hacía casi imposible la realización de técnicas pediculadas sin correr alto riesgo de sufrimiento vascular. Esto, sumado a la insensibilidad del complejo, alteraciones dérmicas y vasculares y un polo superior deshabitado, nos inclinó a una técnica de amputación mamaria con trasplante libre de areola y pezón, como describió Thorek. A través de refinamientos técnicos de la intervención quirúrgica original, es posible lograr un mejor resultado estético.

Utilizamos un colgajo a pedículo inferior para rellenar los cuadrantes superiores. Este lo tallamos y obtenemos previo a la amputación de la mama excedente según la marcación establecida. La desepidermización de la piel de un triángulo central seguida de plicatura, genera una oreja de perro en el punto A. Esta se deja intencionalmente con el fin de aumentar la proyección del pezón en el sitio receptor del injerto^{9,10} (**Figura 3**).

RESULTADOS

Se realizó una reducción de 5.500 g en la mama derecha y 3.500 g en la izquierda, obteniendo un buen re-



Figura 3. Técnica quirúrgica.



Figura 4. Pre- y posoperatorio.

sultado, con mamas de volumen medio, simétricas, con cicatrices aceptables sin sufrimiento del complejo areola pezón (**Figura 4**).

La paciente tuvo una mejora en su calidad de vida con respecto a todos los aspectos de la misma, tanto personal como laboral. El grado de satisfacción es muy alto, debido a que modificar su esquema corporal actúa sobre la carga psicológica que traen estas pacientes a lo largo de su historia.

La paciente presentada no realizó el tratamiento mé-

dico posoperatorio con tamoxifeno sugerido y regresó a los dos años con una recurrencia a predominio de la mama izquierda (**Figura 5**).

DISCUSIÓN

La patología presentada es muy poco común, 3,5 por cada 1000 pacientes con patología mamaria infantojuvenil sufren de gigantomastia juvenil. Trabajamos en un Servicio de Cirugía Plástica de un hospital interzo-

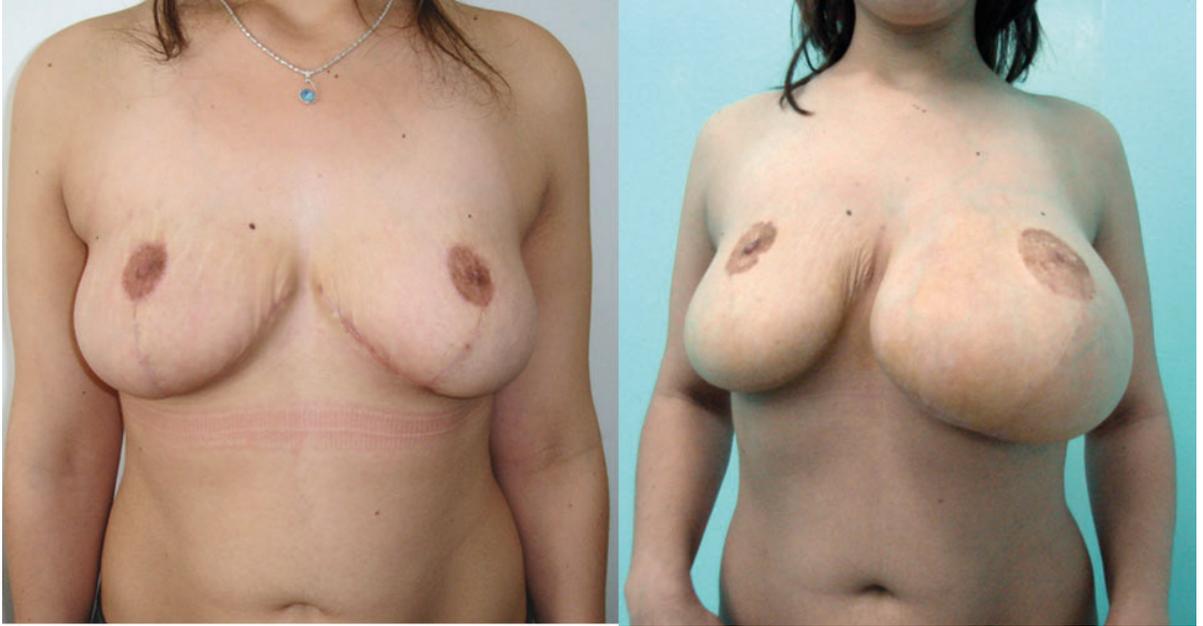


Figura 5. Recurrencia de la patología a los dos años del posoperatorio a predominio izquierdo.

nal público, donde han acudido miles de pacientes a lo largo de los años consultando por cirugías mamarias. En los casi 30 años que lleva nuestro Servicio, es el único caso que hemos visto con esta patología y por ende consideramos de interés la difusión de dichos casos.

La paciente acude a la consulta sufriendo un problema social grave que afectaba su vida de pareja y laboral, imposibilidad de realizar las actividades físicas y deportivas habituales y habiendo padecido discriminación de sus pares en la etapa escolar. Se nos presentaron dudas con respecto a si debía realizarse algún tratamiento médico previo, ya que deseábamos no realizar una cirugía tan agresiva a una joven de solo 23 años, por lo cual se manejó junto a un equipo médico de diferentes especialidades.

El apropiado diagnóstico es esencial en la hipertrofia virginal, excluyendo otras patologías como fibroadenoma, enfermedad fibroquistica, tumor filoides o alteraciones endocrinas. El tratamiento médico con tamoxifeno es de los más populares, aunque no siempre efectivo¹¹⁻¹³.

La falta de un tratamiento específico, sumado a la des-

esperación de la paciente, nos decidió a realizar la cirugía a la brevedad, para continuar a posteriori en estudio y seguimiento médico.

CONCLUSIONES

La complejidad de esta patología hace que siempre debemos manejarnos con un equipo multidisciplinario.

En la gigantomastia juvenil, la mastectomía subcutánea y la mastoplastia de reducción son los procedimientos más efectivos con los que contamos.

La elección de la técnica utilizada brinda una menor disección de los tejidos, la cual disminuye los trastornos circulatorios, reduciendo el volumen mamario a voluntad sin estar condicionados por pedículos vasculares.

Es muy importante realizar un seguimiento estricto a largo plazo ya que es posible que, después del tratamiento quirúrgico, se presenten recurrencias, para lo cual se debe preparar a la paciente y sus familiares. El tratamiento con tamoxifeno posoperatorio puede reducir las recurrencias aunque no lo asegura.

BIBLIOGRAFÍA

1. Griffith JR. Virginal breast hypertrophy. *J Adolesc Health Care* 1989 Sep;10(5):423.
2. O'Hare PM, Frieden IJ. Virginal breast hypertrophy. *Pediatr Dermatol* 2000 Jul-Aug;17(4):277.
3. Gabilondo Zubizarreta FJ, Madariaga Romero N, Meléndez Baltanas J, Ayestarán Soto J, Caramés Estefanía J. Hipertrofia mamaria virginal: caso clínico. *Cir Plást Iberolatinoam* 2007;33(4):215-20.
4. Pulzl P, Schoeller T, Tzankov A, Wechselberger G. Unilateral breast enlargement 5 years after reduction mammoplasty. *Aesthetic Plast Surg* 2005 Sep-Oct;29(5):404.
5. Henry A. Diffuse idiopathic hypertrophy of the mammary glands of the female. *JAMA* 1910;55(16):1339-43.
6. Kupfer D, Dingman D, Broadbent R. Juvenile breast hypertrophy: report of a familial pattern and review of the literature. *Plast Reconstr Surg* 1992;90(2):303.

7. *Cardoso de Castro C, Aboudib JH, Salema R, Valladares B. Massive breast hypertrophy in a young girl. Ann Plast Surg 1990;25:497.*
8. *Baker SB, Burkey BA, Thornton P, LaRossa D. Juvenile gigantomastia: Presentation of four cases and review of the literature. Ann Plast Surg 2001;46:517-25; discussion 525-6.*
9. *Adams WM. Transplantation of the nipples and areolae. Surgery 1944;15:186-92.*
10. *Thorek M. Plastic reconstruction of the breast and free transplantation of the nipple. Int Surg 1946;9:194-9.*
11. *Fiumara L, Gault DT, Nel MR, Lucas DN, Courtauld E. Massive bilateral breast reduction in an 11-year-old girl: 24% ablation of body weight. J Plast Reconstr Aesthet Surg 2009;62:e263-e266.*
12. *Koves IH, Zacharin M. Virginal breast hypertrophy of an 11-year-old girl. J Paediatr Child Health 2007;43:315-7. g the literature*
13. *Hoppe IC, Patel PP, Singer-Granick CJ, Granick MS. Virginal mammary hypertrophy: a meta-analysis and treatment algorithm. Plast Reconstr Surg 2011;127:2224.*

Modificaciones volumétricas faciales con rellenos de ácido hialurónico. Hialurónico a los 30, un camino hacia la belleza

Volumetric facial reshaping with hyaluronic acid fillers. Hyaluronic at 30, a road to beauty

Cristian Leonhardt

RESUMEN

Cada vez más, las pacientes jóvenes solicitan tratamientos mínimamente invasivos, como son los rellenos de ácido hialurónico, los cuales tienen una duración de más de un año.

Las mujeres de 40 en adelante buscan generalmente un tratamiento de rejuvenecimiento que disminuya las arrugas, así como también la profundidad de los surcos. Las pacientes de menor edad quieren estar más bellas, solicitando muchas veces una modificación de sus proporciones faciales.

Se presentan 4 casos de mujeres a las que se les realizó una modificación del volumen facial utilizando ácido hialurónico con diferentes densidades. El contar con rellenos de distintas densidades nos permite trabajar en todas las zonas y planos de la cara, así como modificar los volúmenes de la misma.

El análisis de las proporciones faciales, su volumen, balance y simetría nos va a permitir trabajar sobre cada caso en particular y de esta manera lograr nuestro objetivo, la belleza.

Se exponen además las complicaciones halladas con este tipo de material de relleno, su duración y su tratamiento.

ABSTRACT

Younger patients seek more often minimally invasive treatments, such as hyaluronic acid fillers, which have a duration of more than one year.

Women from 40 and up, generally seek rejuvenation treatment that diminishes wrinkles, as well as the depth of the grooves. The younger patients want to be more beautiful, often requesting a modification of facial proportions.

Four cases of women who underwent a modification of facial volume, using hyaluronic acid with different densities are presented. Having fillers with different densities allows us to work in all areas and levels of the face, being able to modify the volumes of it.

The analysis of facial proportions, volume, balance and symmetry will allow us to work on each particular case and thereby achieve our goal, beauty complications encountered with this type of filler, its duration and the treatment thereof are also presented.

REVISTA ARGENTINA DE CIRUGÍA PLÁSTICA 2016;22(3):119-123

INTRODUCCIÓN

La modificación del volumen facial es un procedimiento que permite generar armonía facial, simetría y por lo tanto belleza.

La aparición de rellenos de ácido hialurónico, de nueva generación, con las técnicas de entrecruzamiento, ha logrado que su permanencia en los tejidos sea de hasta 1 año o más. Ello nos posibilita realizar un tratamiento más duradero y, por lo tanto, cada vez más solicitado por las pacientes. Cabe además destacar del ácido hialurónico su biocompatibilidad, el ser un componente normal de la piel, sus propiedades hidrofílicas y la baja incidencia de com-

plicaciones con su uso, a diferencia de otros materiales de relleno.

Las mujeres jóvenes acuden al consultorio buscando un cambio que las haga verse más lindas. Nos plantean una disconformidad con la forma de su cara, redondeada, larga o plana por falta de pómulos y suelen traer a la consulta fotos de cómo les gustaría quedar.

Los materiales de relleno son una herramienta extremadamente útil en manos del cirujano plástico ya que permiten aportar volumen de forma muy precisa, aunque limitada.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se presentan cuatro casos de mujeres a las cuales se les realizó un tratamiento con ácido hialurónico para modificar los volúmenes faciales.

Como material de relleno se utilizó Juvéderm Volbella, Juvéderm Volift y Juvéderm Voluma, todos productos de laboratorios Allergan.

Se utilizó toxina botulínica, las unidades utilizadas variaron de acuerdo a la necesidad de cada paciente.

TÉCNICA

1. Cirujano Plástico. Miembro titular de AMA, SCPBA, SACPER, ISAPS

✉ Correspondencia: Cristian Leonhardt | Av. Santa Fe 1531 3er Piso, C1060ABB CABA, Rep. Argentina | Tel.: +54114811-8417 / +5411-4815-2438 | drcleonhardt@hotmail.com

El autor es consultor y tiene interés comercial con los productos citados

Recibido: 19/10/2016 | Aceptado: 3/12/2016



Caso 1. Relleno periorbitario, surcos nasogenianos, labios, pómulos, reborde mandibular y región goníaca.



Caso 2. Relleno en surcos de las lágrimas, pómulos, surcos nasogenianos, labios y reborde mandibular.

En una primera sesión se realizan los rellenos y se la finaliza con la aplicación de toxina botulínica.

Una semana después se hacen los retoques correspondientes.

Antes de comenzar con los rellenos se procede al bloqueo anestésico de los nervios infraorbitario y mentoniano. El bloqueo lo realizo casi siempre que deba hacerse aumento labial; en caso de no necesi-

tarlo, puede utilizarse crema anestésica durante algunos minutos o bien aplicar hielo. Para tratar la zona malar, periorbitaria o el reborde mandibular, se hace un habón de anestesia donde se introducirá la cánula. La lidocaína al 2% más epinefrina 1:50000 es importante para generar vasoconstricción, sobre todo a nivel periorbitario, donde la equimosis es muy frecuente.



Caso 3. Relleno periorbitario, pómulos, surcos nasogenianos, labios y reborde mandibular.

Habitualmente, comienzo aplicando el hialurónico de densidad intermedia (Juvéderm Volift) en los surcos nasogenianos, los comisurales y por último el menos denso (Juvéderm Volbella) en labios y la región periorbitaria. La elección entre ambos productos la hago teniendo en cuenta el grosor de la piel y la flaccidez.

Con Juvéderm Voluma se pueden tratar: los pómulos, el reborde mandibular a nivel pre- y posjowl, ángulo gonial, región temporal y el mentón, si hiciera falta darle un poco más de proyección.

La profundidad en la que se aplican los rellenos de ácido hialurónico depende de su densidad, cuanto mayor sea esta, más profunda la aplicación del mismo. Volbella y Volift pueden utilizarse en dermis superficial, media y profunda, mientras que Juvéderm Voluma hay que inyectarlo profundo a nivel supraperiostico o en tejido celular subcutáneo y se aplica con agujas 27G o bien con cánula 27G de 40 mm. La aplicación con aguja la utilizo en surcos nasogenianos y en labios, mientras que para el resto de las zonas prefiero las cánulas. Estas producen menos trauma y por lo tanto menos equimosis y edema. Cuanto más profunda la aplicación, mayor cantidad de producto deberá utilizarse para generar el aumento deseado.

Las cantidades a utilizar de Volbella y Volift, así como de Juvéderm Voluma, dependerán de las zonas a tratar.

CASOS CLÍNICOS

Caso 1. Relleno periorbitario, surcos nasogenianos, labios, pómulos, reborde mandibular y región goníaca.

Caso 2. Relleno en surcos de las lágrimas, pómulos, surcos nasogenianos, labios y reborde mandibular.

Caso 3. Relleno periorbitario, pómulos, surcos nasogenianos, labios y reborde mandibular.

Caso 4. Relleno en surcos nasogenianos, arco cigomático, labios, mentón y reborde mandibular.

COMPLICACIONES

Las complicaciones pueden dividirse, teniendo en cuenta su duración, en inmediatas y mediatas. Dado que el ácido hialurónico es un producto reabsorbible, que en este caso es una ventaja, no suele haber complicaciones a largo plazo, las cuales son excepcionales, aunque hay descritas algunas que son válidas para cualquier material de relleno; entre ellas, la inyección accidental dentro de un vaso, lo cual puede generar necrosis y/o ceguera.

COMPLICACIONES INMEDIATAS

Son aquellas que aparecen durante la aplicación o en horas posteriores al procedimiento y desaparecen con los días (eritema, edema, equimosis y dolor).

Eritema: es consecuencia del trauma local, producto de las múltiples punturas que se realizan y también por el continuo raspado de la gasa sobre la piel al desinfectarla mientras se realiza el procedimiento.

Edema: se genera tanto por los pinchazos como por los microhematomas en la dermis y el tejido celular subcutáneo, sumando a esto las propiedades hidrofílicas del hialurónico.

Es conveniente aplicar hielo luego de finalizados los rellenos mientras el paciente está todavía en el consultorio, para así disminuir la inflamación generada y el edema.



Caso 4. Relleno en surcos nasogenianos, arco cigomático, labios, mentón y reborde mandibular.

Equimosis: aparece inmediatamente luego de la perforación de un vaso, y es habitual en el surco de las lágrimas y al rellenar arrugas peribucales. Para disminuir la equimosis, mientras voy realizando el relleno en uno y otro lado de la cara, solicito a un asistente o al paciente hacer compresión con una gasa por algunos segundos en la zona ya inyectada. Esto suele bastar para disminuir el grado de equimosis. Si esta fuera importante se pueden indicar cremas antihematomas con vitamina K1 para masajear la zona o bien realizar algunos minutos de ultrasonido.

Dolor: hay que evaluar la percepción del dolor del paciente, ya que algunas son reticentes al bloqueo anestésico y prefieren utilizar cremas anestésicas o bien hielo previo a la aplicación del hialurónico. Todos los productos tienen lidocaína agregada, la cual suele disminuir las molestias posaplicación. Si se realizó un bloqueo y el paciente todavía siente dolor, aquel ha sido insuficiente; en general, basta con 0,5 cc por nervio para bloquear totalmente la sensibilidad.

Volúmenes, por ser el más denso de los productos, en algunos, produce molestias o dolor durante 24-48 hs. En los pacientes con mala tolerancia al dolor puede indicarse un analgésico una hora previa a la aplicación y otro por la noche sumada la aplicación de hielo.

COMPLICACIONES MEDIATAS

Si bien pueden manifestarse durante el procedimiento, se tornan más evidentes luego de 48-72 horas y pueden persistir durante semanas a meses. Es por ello que una técnica prolija y la detección temprana son fundamentales.

o Cordones y pápulas: la formación de cordones y pápulas suelen notarse al momento del relleno, pero luego de 1 o 2 días se tornan más evidentes, dejando un cordón o una pápula blanquecina brillante y sobreelevada. El tratamiento, una vez detectada, consiste en hacer presión para que el producto se distribuya en el tejido o bien salga por el sitio de punción.

§ Ambas complicaciones son causadas por una aplicación muy superficial, pero sobre todo por un exceso de relleno, y si no son tratadas suelen ser visibles durante semanas a meses. Especial cuidado merece la zona palpebral inferior, donde la aplicación del relleno, si no ha sido uniforme, puede dejar una zona irregular de aspecto adoquinado.

o Nódulos: los nódulos indurados, tipo siliconoma, son raros con ácido hialurónico. Pueden ocurrir al inyectar gran cantidad de material en una zona pequeña. Si esto sucediera, no es detectado y se combina con un masaje deficiente posaplicación, y además el paciente presentó sangrado en la zona, lo que generará un mayor cuadro inflamatorio local, es factible que aparezca una induración. Los nódulos son generalmente palpables, a veces como un cordón arrosariado en el surco nasogeniano, pero no visibles.

- El tratamiento, en principio conservador, consiste en decirle al paciente que se realice masajes en la zona, aplique hielo y puede indicarse algún antiinflamatorio. Si en una semana no hubiera cambios, puede aplicarse triamcinolona en pequeñas dosis, que en general suelen bastar para que remita la induración. Si no hubiese cambios, se puede aplicar hialuronidasa, con lo cual el proceso suele remitir rápidamente.

- Cuando se aplica Voluma, sobre todo en pómulos y especialmente en pacientes de cara delgada se debe tener mucho cuidado de hacerlo en el plano adecuado y de distribuirlo de manera uniforme ya que este producto dura alrededor de 18 meses.
- Juvéderm Voluma puede generar edemas mucho más prolongados que otro hialurónico menos denso, por lo cual, puede dejar una masa palpable en el pómulo, a veces durante varios días.

DISCUSIÓN

Podríamos decir que el objetivo de usar un material de relleno es devolverle a la cara la plenitud y esa suave transición que hay entre las distintas subunidades estéticas, como en una cara joven, pero también mejorar los parámetros de belleza al cambiar los volúmenes faciales.

Hemos observado, concordando como se menciona en otros artículos, que la duración del ácido hialurónico depende de la zona donde se haya aplicado. En las zonas con mayor movilidad como los surcos nasogenianos y comisurales, la duración de Juvéderm Volift sue-

le ser de aproximadamente 12 meses, mientras que el mismo producto aplicado en el surco de las lágrimas suele durar más de 1 año y medio.

La posición del paciente al rellenar los surcos, y sobre todo cuando se aplica Voluma en pómulos y reborde mandibular, debe de ser sentado en posición vertical ya que si no se estarán rellenando zonas que no deberían ser aumentadas.

CONCLUSIONES

Los tratamientos con rellenos faciales son muy solicitados por pacientes jóvenes, a los cuales no haríamos un *lifting*, y también por aquellas de mayor edad que no desean someterse a una cirugía.

Si se tiene una técnica depurada, la incidencia de complicaciones e importancia de estas es mínima; además, son bien toleradas por los pacientes, ya que son reversibles.

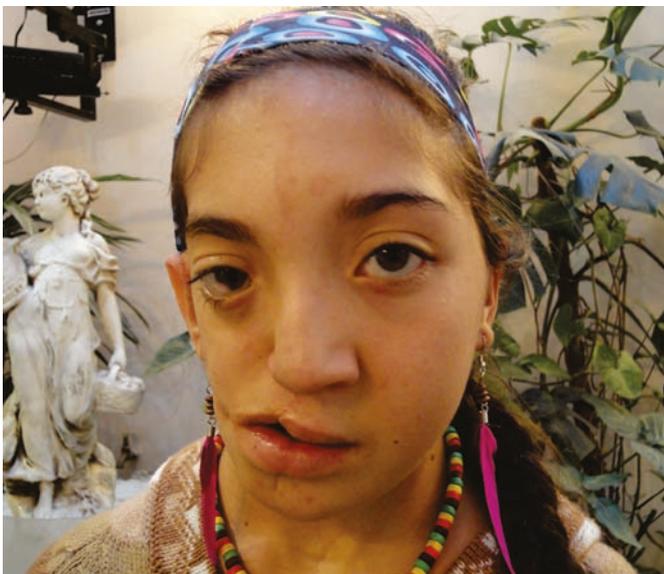
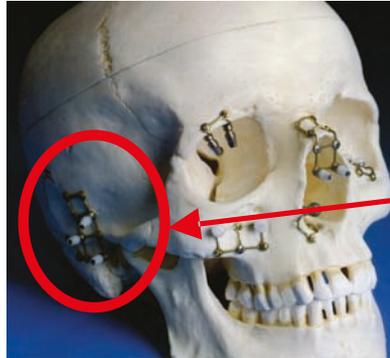
Los rellenos de ácido hialurónico de última generación tienen una buena relación costo/duración/incidencia de complicaciones, lo que ha generado entusiasmo y demanda de aquellos por los pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rohrich RJ, Rios JL, Fagien S. Role of new filler sin facial rejuvenation: A cautious outlook. *Plast Reconstr Surg* 2003;112:1899.
2. Rohrich RJ, Ashkan G, Crosby M. The role of hyaluronic acid fillers (Restylane) in facial cosmetic surgery: review and technical considerations. *Plast Reconstr Surg* 2007;120:41s.
3. Lemperle G, Holmes RE, Cohen SR, Lemperle SM. A classification of facial wrinkles. *Plast Reconstr Surg* 2001;108:1735.
4. Brody HJ. Use of hyaluronidase in the treatment of granulomatous hyaluronic acid reactions or unwanted hyaluronic acid misplacement. *Dermatol Surg* 2005;31:8.
5. Lambros V. The use of hyaluronidase to reverse the effects of hyaluronic acid filler. *Plast Reconstr Surg* 2004;114:277.
6. Shafir R, Amir A, Gur E. Long-term complications of facial injection with Restylane. *Plast Reconstr Surg* 2000;106:1215.
7. Alam M, Dover J. Management of complications and sequelae with temporary injectable filler. *Plast Reconstr Surg* 2007;120:41s.
8. Carruthers J, Klein AW, Carruthers A, Glogau RG, Canfield D. Safety and efficacy of non animal stabilized hyaluronic acid for improvement of mouth corners. *Dermatol Surg* 2005;31:276.
9. Carruthers J, Carruthers A, Maberley D. Deep resting glabellar rhytides respond to BTX-A and Hylan B. *Dermatol Surg* 2003;29:539.
10. Leonhardt JM, Lawrence N, Narins RS. Angioedema acute hypersensitivity reaction to injectable hyaluronic acid. *Dermatol Surg* 2005;31:577.
11. Lemperle G, Morhenn VB, Pestonjamas V, et al. Migration studies and histology of injectable microspheres of different sizes in mice. *Plast Reconstr Surg* 2004;113: 1380.
12. Lemperle G, Romano JJ, Busso M. Soft tissue augmentation with Artecoll: 10 year history, indications, techniques and complications. *Dermatol Surg* 2003;29:573.
13. Cohen SR, Holmes RE. Artecoll: A long-lasting injectable wrinkle filler material. Report of a controlled, randomized, multicenter clinical trial of 251 subjects. *Plast Reconstr Surg* 2004;114: 964.
14. McClelland M, Egbert B, Hanko V, et al. Evaluation of Artecoll poly-methyl methacrylate implant for soft-tissue augmentation: Bio-compatibility and chemical characterization. *Plast Reconstr Surg* 1997;100:1466.
15. Niechajev I. Lip enhancement: Surgical alternatives and histologic aspects. *Plast Reconstr Surg* 2000;105:1173.
16. Formigli L, Zecchi S, Protopapa C, et al. Bio-Alcamid: an electron microscopic study after skin implantation. *Plast Reconstr Surg* 2004;113:1104.
17. Alster TS, West TB. Human-derived and new synthetic injectable materials for soft-tissue augmentation: current status and role in cosmetic surgery. *Plast Reconstr Surg* 2000;105:2515.
18. Pierre JN. Long-lasting and permanent fillers: biomaterial Influence over host tissue response. *Plast Reconstr Surg* 2007;119:2271.
19. Carruthers JD, Fagien D, Matarasso SL, Botox Consensus Group. Consensus recommendations on the use of botulinum toxin type A in facial aesthetics. *Plast Reconstr Surg* 2004;114(6 Suppl):15-22S.
20. Matarasso SL, Carruthers JD, Jewell ML, Restylane Consensus Group. Consensus recommendations for soft-tissue augmentation with non animal stabilized hyaluronic acid (Restylane). *Plast Reconstr Surg* 2006;117(3 Suppl):3S-34S.
21. Carruthers JDA, Glogau RG, Blitzer A, Facial Aesthetics Consensus Group Faculty. Advances in facial rejuvenation: Botulinum toxin type A, hyaluronic acid dermal fillers, and combination therapies—Consensus recommendations. *Plast Reconstr Surg* 2008;121(5 Suppl):5S-36S.
22. Rohrich RJ, Pessa JE. The fat compartments of the face: anatomy and clinical implications for cosmetic surgery. *Plast Reconstr Surg* 2007;119:2119–2127.
23. Carruthers A, Carruthers J. Non-animal-based hyaluronic acid fillers scientific and technical considerations. *Plast Reconstr Surg* 2007;120:33s.
24. Hubmer MG, Hoffmann C, Popper H, et al. Expanded polytetrafluoroethylene threads for lip augmentation induce foreign body granulomatous reaction. *Plast Reconstr Surg* 1999;103:1277.
25. Guerrissi JO. Surgical treatment of the senile upper lip. *Plast Reconstr Surg* 2000; 106:938.

EXOPRÓTESIS PÍDERM de pabellón auricular derecho confeccionada en piel protésica de silicona con sujeción por medio de implante de Titanio

Nuestra técnica personalizada nos permite lograr la **forma, tamaño, textura y coloración** con la mayor similitud a la piel del paciente.



Microsomia Hemifacial (HFM)
lado derecho

*Crea soluciones, según la necesidad de cada paciente,
para restablecer su calidad de vida.*

EXOPRÓTESIS PIDERM de pabellón auricular izquierdo
confeccionada en piel protésica de silicona
con sujeción por medio de adhesivo antialérgico



Microtia de pabellón
auricular izquierdo
de grado 3



La Rioja 501 - C1221ACA - Buenos Aires
Tel./fax (54-11) 4931-4407/ 4932-8153
piraino@fibertel.com.ar / www.ortopedia-piraino.com.ar

Tratamiento periorbitario con ácido hialurónico

Periorbital treatment with hyaluronic acid

Cristian Leonhardt

RESUMEN

Hoy, gran cantidad de pacientes solicitan un cambio en la zona palpebral ya que se ven con aspecto de cansados. Muchas veces presentan bolsas y piel redundante, pero no quieren someterse a una cirugía, que en muchos casos es el tratamiento de elección. Pueden ofrecerse como alternativa los rellenos con ácido hialurónico.

Como problemas estéticos en la zona, se pueden encontrar:

- Surco nasoyugal o de las lágrimas (tear trough)
- Surco palpebromalar
- Bolsas palpebrales
- Bolsas malares
- Flaccidez cutánea

Sólo en algunas situaciones puede aplicarse relleno a nivel submuscular solamente y es cuando los pacientes presentan piel tensa con un surco nasoyugal o palpebromalar marcados. Si hay bolsas, piel redundante y atrófica deberá aplicarse, además, relleno en el plano subcutáneo, lo que generará una transición mucho más suave entre el párpado y la mejilla.

Si bien hacemos una clara distinción entre la aplicación subcutánea y submuscular, no debemos olvidar que en el medio está el orbicular de los párpados y frecuentemente la aplicación se hace en el espesor del músculo mismo.

Si bien puede haber complicaciones como los cordones o las pápulas, que se deben a defectos en la técnica, no suele haber reacciones inflamatorias ni graves ni crónicas, como pueden generar la silicona, el metacrilato, la poliacrilamida u otros productos aunque estén correctamente aplicados (Existen múltiples reportes de complicaciones con ácidos hialurónicos, algunas graves como cegueras, si existe bibliografía seria y confiable sobre "la técnica correcta" para evitar las complicaciones aportarla como referencia). Los moretones son habituales, el edema y en menor medida el dolor son otras posibles complicaciones.

ABSTRACT

Today, many patients are requesting a change in the eyelid area because they feel that look tired. Often, they have bags and redundant skin, but don't want to do a surgery, which in many cases is the treatment of choice. It can be offered as an alternative fillers with Hyaluronic acid.

As aesthetic problems in the area, we can find:

- Nasojugal groove or tear trough
- Palpebromalar groove
- Palpebral bags
- Malar bags
- Cutaneous flaccidity

In some situations, it can be apply to submuscular filling level, only when patients present tense skin with the nasojugal or palpebromalar groove marked. If there are bags, redundant and atrophic skin, should also be applied in the subcutaneous area, generating a much smoother transition between the eyelid and the cheek.

While we make a clear distinction between subcutaneous and submuscular application, we must not forget that in the middle is the orbicularis, and frequently the application is made in the thickness of the muscle itself.

Hyaluronic acid is a very noble substance, unless it is misapplied, generally there are no problems with the product. While there may be complications such as cords or papules, which are flaws in technique, there is usually no inflammatory reactions or serious or chronic as can generate silicone, methacrylate, polyacrylamide or other products, even if they are properly applied. Bruises are common, edema, and in second level the pain, as other possible complications.

REVISTA ARGENTINA DE CIRUGÍA PLÁSTICA 2016;22(3):127-131

INTRODUCCIÓN

La depresión que se forma por debajo de todo el reborde orbitario suele dar a los pacientes un aspecto demacrado, poco saludable y de cansancio.

El surco de las lágrimas y el palpebromalar son, tal vez, los problemas estéticos más frecuentes en el grupo de 30 a 40 años. A medida que la cara va envejeciendo se le suma a lo anterior la protrusión de las bolsas, flaccidez y atrofia cutánea.

El surco nasoyugal o de las lágrimas (*tear trough*) es una depresión que se extiende desde el canto interno, descendiendo en forma oblicua y termina nivel medio pu-

pilar, unos 3-4 cm más abajo. El surco nasoyugal tiene la forma de una gota alargada, siendo más fino en su comienzo en el canto interno, para ir aumentando de tamaño y terminar de forma redondeada en la mejilla.

En los pacientes de más edad, el surco suele verse más pronunciado debido a la sombra que generan las bolsas palpebrales y a los cambios de coloración en la piel, así como la atrofia de esta.

El surco palpebromalar se extiende desde el nivel medio pupilar hasta la zona del ángulo externo del ojo, aproximadamente entre 0,5 a 1 cm por debajo del reborde orbitario.

Existen diversas teorías que tratan de explicar por qué se forman el surco nasoyugal y el palpebromalar, teniendo en cuenta tanto la anatomía de la zona como el proceso de envejecimiento. Se han propuesto distintos tratamientos como ser la utilización de implantes de silicona, injertos de grasa, transposición de grasa orbitaria pediculada, así como también materiales de relleno como ácido hialurónico. Con cualquiera de los métodos anteriores se pueden lograr excelentes resultados, pero las técnicas quirúrgicas requieren de un cirujano

1. Cirujano Plástico. Miembro titular de AMA, SCPBA, SACPER, ISAPS.

✉ Correspondencia: Cristian Leonhardt | Av. Santa Fe 1531 3er Piso, C1060ABB CABA, Rep. Argentina | Tel.: +54114811-8417 / +5411-4815-2438 | drcleonhardt@hotmail.com

El autor es consultor y tiene interés comercial con los productos citados

Recibido: 3/10/2016 | Aceptado: 5/12/2016



Figura 1. Caso 1.

experimentado y una larga curva de aprendizaje, para evitar las graves complicaciones del párpado inferior. Los rellenos periorbitarios con ácido hialurónico ofrecen a los pacientes un tratamiento de la zona, con buenos resultados, pocas complicaciones y larga duración, lo cual lo hace muy atractivo.

MATERIALES Y MÉTODOS

La aplicación de relleno es sencilla en pacientes jóvenes de piel gruesa y surcos poco marcados, pero se torna más compleja si se sumamos la aparición de bolsas, agregamos flaccidez, profundización de la zona y además piel fina y atrofica.

La primera experiencia fue hecha aplicando el relleno en el plano subcutáneo con aguja 30G, por miedo a hacerlo profundo. Con práctica pasé a aplicarlo solo submuscular, para luego comenzar a ubicarlo en los 2 planos, ya que en algunos pacientes, en general los casos más complejos, si bien es difícil, se logra suavizar aún más la transición párpado-mejilla y se obtiene en la piel un buen efecto.

Con la técnica biplanar se trataron aproximadamente 100 surcos en el último año.

Como material de relleno se utilizó ácido hialurónico (Volbella-Volift) con cánula 30G de 40 mm

MARCACIÓN

La zona a tratar debe marcarse con el paciente sentado y es conveniente resaltar la porción más deprimida del surco, ya que aquí necesitará colocarse mayor cantidad de relleno.

ANESTESIA

Puede utilizarse crema anestésica durante 30 min previos a la inyección, debido a que lo que genera mayor discomfort es el trauma cutáneo. Si se optara por la aplicación de hielo local, dejarlo unos segundos hasta que el paciente siente que se quema por el frío; este es el momento de inyectar.

Lo más conveniente es infiltrar en forma puntual con lidocaína al 2% más adrenalina 1/50000 logrando de este modo vasoconstricción en la zona, donde deberá realizarse la puntura con aguja 27G, para luego introducir la cánula.

Trabajar en una zona vaso contraída hace menos posible la lesión de un vaso y por lo tanto la equimosis.

TÉCNICA PERSONAL

Para obtener buenos resultados no solo debe tenerse en cuenta las depresiones del surco nasoyugal y palpebromalar sino también la presencia de bolsas y el estado de la piel.

El paciente ideal es aquel que tiene el/los surcos marcados, sin bolsas y con piel tensa. En estos casos el relleno se coloca suborbicular hasta lograr que haya una suave transición entre el párpado y la mejilla.

Cuando los pacientes presentan bolsas pero tienen la piel tensa, hago el relleno de todo el reborde inferior, es decir los surcos nasoyugal y palpebromalar. Una vez finalizado hago mirar al paciente hacia arriba, ya que en la visión de frente el relleno puede estar correcto, pero al mirar hacia arriba se nota la protrusión de las bolsas. En estos casos hay que poner un poco más de re-



Figura 2. Caso 2.

lleno, elevando ligeramente la zona de transición párpado mejilla.

Si la piel está flácida, aplico relleno suborbicular y subdérmico, haciendo aquí muy poca presión en el émbolo para dejar una finísima cantidad de producto por pasada. Cuando la piel está muy atrófica y con arrugas finas, generar un poco de edema subdérmico ayuda a mejorar el aspecto de la piel.

Si hay bolsas, a veces no alcanza con poner el relleno submuscular o hay que colocar demasiada cantidad. En estos casos inyectar subdérmico justo por debajo de la bolsa ayuda a suavizar la transición con el resto del área. Se debe tener muchísimo cuidado al hacerlo, ya que si la distribución del producto no es uniforme puede dejar un aspecto adoquinado, con pequeñas pápulas o cordones que tardan varios meses en desaparecer. Es importante tener la precaución de no seguir apretando el émbolo cuando se retira la aguja/cánula.

Una vez finalizado el tratamiento, es aconsejable masajear suavemente la zona. Si hiciéramos mucha presión, el relleno se esparciría por fuera de los límites de la marcación.

Siempre indico a los pacientes ponerse hielo en casa y masajear suavemente, si apareciera algo de edema.

Las cantidades requeridas de relleno van desde 0,1 cc hasta 0,4 cc por lado, dependiendo de si debe tratarse solo el surco de las lágrimas o todo el reborde orbitario. En casos de pacientes con vectores negativos, pueden necesitarse mayores cantidades de relleno y/o colocar un relleno más denso previamente en pómulos, para que actúe como sostén.

Luego de la primera aplicación es conveniente contro-

lar a los pacientes para un retoque a los 7-15 días, una vez que haya disminuido el edema y la equimosis si las hubiere.

CASOS CLÍNICOS

En las Figuras 1, 2, 3, 4 se presentan 4 casos, con las respectivas imágenes preoperatorias y posoperatorias.

COMPLICACIONES

Para evitar problemas en la región periorbitaria es aconsejable siempre colocar un poco de menos, recordando que luego se generará edema debido a las propiedades hidrofílicas del hialurónico. Es aconsejable además hacerlo con cánula 27 o 30G, no utilizar agujas, en caso de hacerlo aspirar siempre para tener la certeza de no estar dentro de un vaso.

La equimosis es el problema habitual al utilizar rellenos en el área, aunque se haya trabajado con infiltración anestésica previa. Debe informarse al paciente la posibilidad de la equimosis, así como de hinchazón en los párpados durante 24-48 hs.

El edema, que se genera por el trauma al inyectar se suma al producido por la aplicación del producto, el cual, en general es poco importante, pero indicar la aplicación de hielo es una buena práctica. Cuando hay equimosis puede indicarse alguna crema anti-hematomas para masajearse 2 o 3 veces al día.

Si quedara alguna pápula y el inyector se percatara, se puede usar un cotonete para ejercer presión en forma puntual, además de indicarle al paciente que rea-



Figura 3. Caso 3.

lice un suave masaje en ese párpado. Si al control, luego de una semana, persistiera la pápula o una zona de edema localizado, puede usarse triamcinolona o hialuronidasa en bajas dosis y el problema remitirá en unos días.

Una vez que se tiene práctica, si queda una pequeña zona sobreelevada o un cordón, se puede aplicar relleno en los bordes hasta hacer más suave la transición y de esta manera no tener que recurrir a la triamcinolona o hialuronidasa.

Hasta la fecha, en los pacientes tratados con ácido hialurónico en la región periorbitaria no hemos tenido ninguna complicación grave, tal como inyecciones intraarteriales, hematomas, cordones, edemas importantes o dolor prolongado.

DISCUSIÓN

En los pacientes más jóvenes, donde no están presentes las bolsas palpebrales ni hay flaccidez cutánea, no tiene sentido hacer un relleno superficial, excepto que tuviera muy pigmentada la zona.

Los casos más complejos, son los que tienen la piel extremadamente fina y atrófica, en estos, la más mínima cantidad de producto dejará una pápula o cordón visible si no es distribuido de manera uniforme.

En los casos difíciles citar al paciente 2 o 3 veces e ir poniendo pequeñas cantidades y ver la evolución es una medida acertada. Es preferible tardar unas semanas en lograr el resultado deseado, sin inconvenientes, a tener un paciente disconforme durante meses.

El ácido hialurónico dura más de un año en la zona palpebral y es comparable a la de la región temporal, zonas con escaso movimiento, donde hemos observado mejoría hasta de 2 años de duración.

No es el tratamiento de elección cuando hay bolsas y laxitud cutánea, ya que sin lugar a dudas la blefaroplastia tendrá mejores resultados, pero hay quienes quieren mejorar la zona sin someterse a un procedimiento quirúrgico. En estos, la aplicación de relleno biplanar suele dejarlos contentos con el resultado, debido a que suele disminuirse la protrusión de la bolsas y el aspecto de cansado.

La región periorbitaria puede tratarse en forma aislada o en combinación con los surcos comisurales, labios o pómulos.

El tratamiento puede complementarse con *peeling* de ácido tricloroacético (TCA) al 15-30% en todo el párpado inferior, respetando unos 4 mm del borde libre y dejándolo hasta que haga *frost*. El objetivo del *peeling* es disminuir las arrugas finas y generar tensión en la piel. Otra herramienta útil es la aplicación de Botox en patas de gallo. A los pacientes complejos es conveniente hacerles un tratamiento combinado, donde se traten todos los aspectos, es decir depresiones con relleno, arrugas finas y flaccidez con *peeling* y arrugas dinámicas con Botox.

CONCLUSIONES

Con el advenimiento de las nuevas tecnologías en rellenos, que han permitido tener una mayor duración y productos de distintas densidades, se ha abierto un



Figura 4. Caso 4.

nuevo campo en la modificación de los volúmenes faciales.

Existe una cantidad de pacientes jóvenes de 30-45 años que reclaman una mejoría en la zona periorbitaria y que no desean someterse a un procedimiento quirúrgico. Estos son candidatos ideales para un tratamiento con rellenos faciales.

La técnica de relleno para los surcos nasoyugal y pal-

pebromalar es sencilla. Luego de una curva de aprendizaje, dejará muchos pacientes conformes con el procedimiento.

Las características de durabilidad del relleno en la zona, su baja incidencia de complicaciones y la reversibilidad de estas hacen que este tratamiento sea muy solicitado por los pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rohrich RJ, Rios JL, Fagien S. Role of new filler sin facial rejuvenation: A cautious outlook. *Plast Reconstr Surg* 2003;112:1899.
2. Rohrich RJ, Ashkan G, Crosby M. The role of hyaluronic acid fillers (Restylane) in facial cosmetic surgery: review and technical considerations. *Plast Reconstr Surg* 2007;120:41s.
3. Lemperle G, Holmes RE, Cohen SR, Lemperle SM. A classification of facial wrinkles. *Plast Reconstr Surg* 2001;108:1735.
4. Brody HJ. Use of hyaluronidase in the treatment of granulomatous hyaluronic acid reactions or unwanted hyaluronic acid misplacement. *Dermatol Surg* 2005;31:8.
5. Lambros V. The use of hyaluronidase to reverse the effects of hyaluronic acid filler. *Plast Reconstr Surg* 2004;114:277.
6. Shafir R, Amir A, Gur E. Long-term complications of facial injection with Restylane. *Plast Reconstr Surg* 2000;106:1215.
7. Alam M, Dover J. Management of complications and sequelae with temporary injectable filler. *Plast Reconstr Surg* 2007;120:41s.
8. Carruthers J, Klein AW, Carruthers A, Glogau RG, Canfield D. Safety and efficacy of non animal stabilized hyaluronic acid for improvement of mouth corners. *Dermatol Surg* 2005;31:276.
9. Carruthers J, Carruthers A, Maberley D. Deep resting glabellar rhytides respond to BTX-A and Hylan B. *Dermatol Surg* 2003;29:539.
10. Leonhardt JM, Lawrence N, Narins RS. Angioedema acute hypersensitivity reaction to injectable hyaluronic acid. *Dermatol Surg* 2005;31:577.
11. Lemperle G, Morhenn VB, Pestonjamas V, et al. Migration studies and histology of injectable microspheres of different sizes in mice. *Plast Reconstr Surg* 2004;113: 1380.
12. Lemperle G, Romano JJ, Busso M. Soft tissue augmentation with Artecoll: 10 year history, indications, techniques and complications. *Dermatol Surg* 2003;29:573.
13. Cohen SR, Holmes RE. Artecoll: A long-lasting injectable wrinkle filler material. Report of a controlled, randomized, multicenter clinical trial of 251 subjects. *Plast Reconstr Surg* 2004;114: 964.
14. McClelland M, Egbert B, Hanks V, et al. Evaluation of Artecoll polymethyl methacrylate implant for soft-tissue augmentation: Biocompatibility and chemical characterization. *Plast Reconstr Surg* 1997;100:1466.
15. Niechajev I. Lip enhancement: Surgical alternatives and histologic aspects. *Plast Reconstr Surg* 2000;105:1173.
16. Formigli L, Zecchi S, Protopapa C, et al. Bio-Alcamid: an electron microscopic study after skin implantation. *Plast Reconstr Surg* 2004;113:1104.
17. Alster TS, West TB. Human-derived and new synthetic injectable ma-

- materials for soft-tissue augmentation: current status and role in cosmetic surgery. *Plast Reconstr Surg* 2000;105:2515.
18. Pierre JN. Long-lasting and permanent fillers: biomaterial Influence over host tissue response. *Plast Reconstr Surg* 2007;119:2271.
 19. Carruthers JD, Fagien D, Matarasso SL, Botox Consensus Group. Consensus recommendations on the use of botulinum toxin type A in facial aesthetics. *Plast Reconstr Surg* 2004;114(6 Suppl):1S-22S.
 20. Matarasso SL, Carruthers JD, Jewell ML, Restylane Consensus Group. Consensus recommendations for soft-tissue augmentation with non animal stabilized hyaluronic acid (Restylane). *Plast Reconstr Surg* 2006;117(3 Suppl):3S-34S.
 21. Carruthers JDA, Glogau RG, Blitzer A, Facial Aesthetics Consensus Group Faculty. Advances in facial rejuvenation: Botulinum toxin type A, hyaluronic acid dermal fillers, and combination therapies—Consensus recommendations. *Plast Reconstr Surg* 2008;121(5 Suppl):5S-36S.
 22. Rohrich RJ, Pessa JE. The fat compartments of the face: anatomy and clinical implications for cosmetic surgery. *Plast Reconstr Surg* 2007;119:2119–2127.
 23. Carruthers A, Carruthers J. Non–animal-based hyaluronic acid fillers scientific and technical considerations. *Plast Reconstr Surg* 2007;120:33s.
 24. Hubmer MG, Hoffmann C, Popper H, et al. Expanded polytetrafluoroethylene threads for lip augmentation induce foreign body granulomatous reaction. *Plast Reconstr Surg* 1999;103:1277.
 25. Guerrissi JO. Surgical treatment of the senile upper lip. *Plast Reconstr Surg* 2000;106:938.

Arete compresivo Piderm para lóbulo de pabellón auricular, pre y post quirúrgico.

Prevención y tratamiento de cicatrices hipertróficas y/o queloideas.

Uso continuo, día y noche (mínimo 18 horas diarias o según prescripción médica),
hasta que a cicatriz alcance la maduración máxima.



Confección personalizada en
acrílico transparente combinado con silicona.

*Crea soluciones, según la necesidad de cada paciente,
para restablecer su calidad de vida.*

Ordenador Cicatrizal Piderm para reconstrucción quirúrgica
de pabellón auricular.

Prevención y tratamiento de cicatrices hipertróficas y/o queloideas.



Confección personalizada en
silicona con sujeción tipo auricular.

Reconstrucción funcional y estética del codo (a propósito de un caso)

Functional and aesthetic reconstruction of the elbow (apropos of a case)

Juan Ignacio Seiler¹, Gustavo Prezzavento², Ariel Durán³, Natalia Ferrentino³

RESUMEN

La reconstrucción de la región periolecranon es compleja, ya que requiere tejidos que tengan suficiente elasticidad y resistencia y que permitan una rápida recuperación. Cuando la etiología es tumoral, se debe tener en cuenta la exéresis completa de la lesión, la conservación de la funcionalidad del miembro y el aspecto estético, respetando ese orden.

Presentamos la evolución de una paciente con un sarcoma de partes blandas en la región del codo que, tras su extirpación en bloque, se reconstruyó con un colgajo pediculado braquial lateral de flujo inverso, y que posteriormente, para mejorar su aspecto estético, se realizó lipoaspiración del colgajo y relleno graso de la zona dadora.

Palabras claves: sarcoma de codo, colgajo braquial lateral, lipotransferencia.

ABSTRACT

The reconstruction of the peri-olecranon region is complex, requiring tissues with enough elasticity and strength, to ensure a rapid recovery. When the etiology is tumoral, complete excision of the lesion, the mobility of the limb, and the aesthetics should be taken into account, in that order.

We present the evolution of a patient with soft tissue sarcoma in the elbow region, which was removed, and the elbow was reconstructed with a lateral brachial pedicle flap with reverse flow. Afterwards, to improve their aesthetic appearance, liposuction of the flap was performed, filling the donor site with fat.

Key words: elbow sarcoma, lateral brachial flap, lipotransference.

REVISTA ARGENTINA DE CIRUGÍA PLÁSTICA 2016;22(3):134-139

INTRODUCCIÓN

El sarcoma fibroblástico mixoinflamatorio es una lesión mesenquimal rara pero característica, que se localiza en el tejido celular subcutáneo y que puede confundirse con procesos inflamatorios o infecciosos, linfoma de Hodgkin y diversos sarcomas.

Los defectos de la región del olecranon son un gran desafío para los cirujanos plásticos, ya que requieren un adecuado planeamiento preoperatorio para evitar una secuela funcional importante. Asimismo, debemos tener presente la valoración estética de las reconstrucciones^{1,2}.

En las reconstrucciones del codo debemos aportar tejidos con la suficiente elasticidad y resistencia para que posibilite una rehabilitación precoz, y además poder resistir una terapia externa abrasiva como la radioterapia, en el caso de tumores malignos³.

MATERIAL Y MÉTODO

Es derivada al Servicio una paciente de 36 años, sin antecedentes médicos, que presenta un tumor duroelástico, móvil e indoloro en región olecraneana, de 6 meses de evolución (**Figura 1**). El estudio de la biopsia informa sarcoma fibroblástico mixoinflamatorio de alto grado. Se realiza estudio de la vascularización de la región, para evaluar irrigación tumoral y permeabilidad de vasos principales (**Figura 2**).

Se solicita resonancia magnética nuclear para evaluar compromiso de estructuras vecinas, y estudios para evaluar secundarismos (tomografía axial computada de tórax y centellograma óseo) que no evidencian otras lesiones (**Figuras 3 a 6**).

Junto al Comité de Tumores del Hospital Alemán se decide, previo al tratamiento quirúrgico, realizar un tratamiento de radioterapia (RAT preoperatorio y BOOST posoperatorio).

Al planear la resección del tumor y su posterior reconstrucción, se tomó en cuenta la irradiación de los tejidos, el tamaño y ubicación del defecto, la ausencia de necesidad de cobertura muscular y la similitud con los tejidos del codo (**Figuras 7 y 8**).

Bajo anestesia general, se extirpó el tumor en bloque con márgenes amplios, realizando estudio anatomopatológico intraoperatorio, que informó resección completa (**Figuras 9 y 10**). Estando el codo extendido, el defecto

1. Médico de planta del Servicio de Cirugía Plástica.

2. Jefe del Servicio de Cirugía Plástica.

3. Fellow del Servicio de Cirugía Plástica.

Servicio de Cirugía Plástica del Hospital Alemán. CABA, Rep. Argentina.

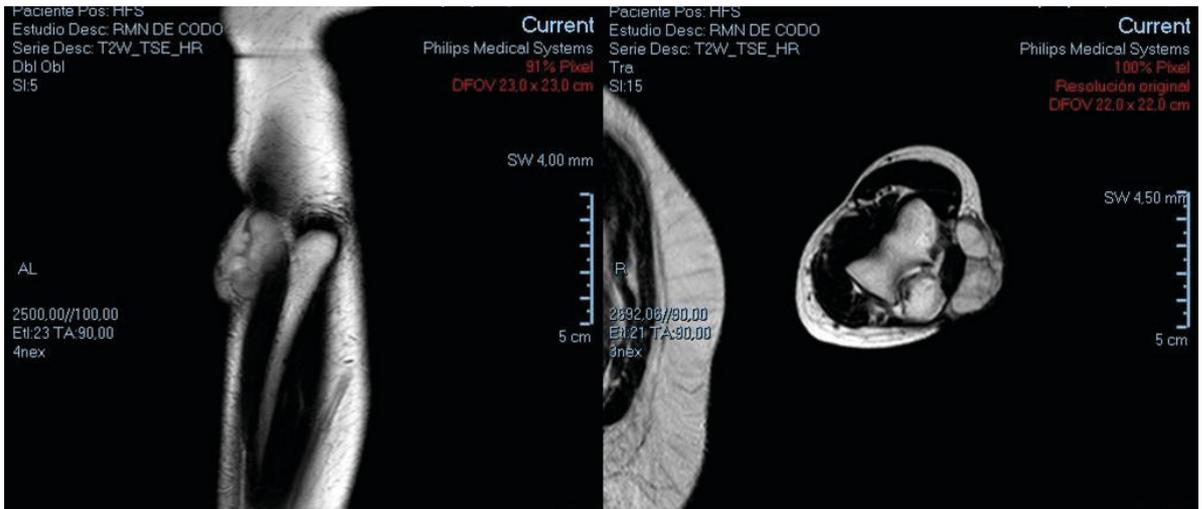
✉ Correspondencia: jseiler@hospitalaleman.com

Los autores no declaran conflictos de intereses

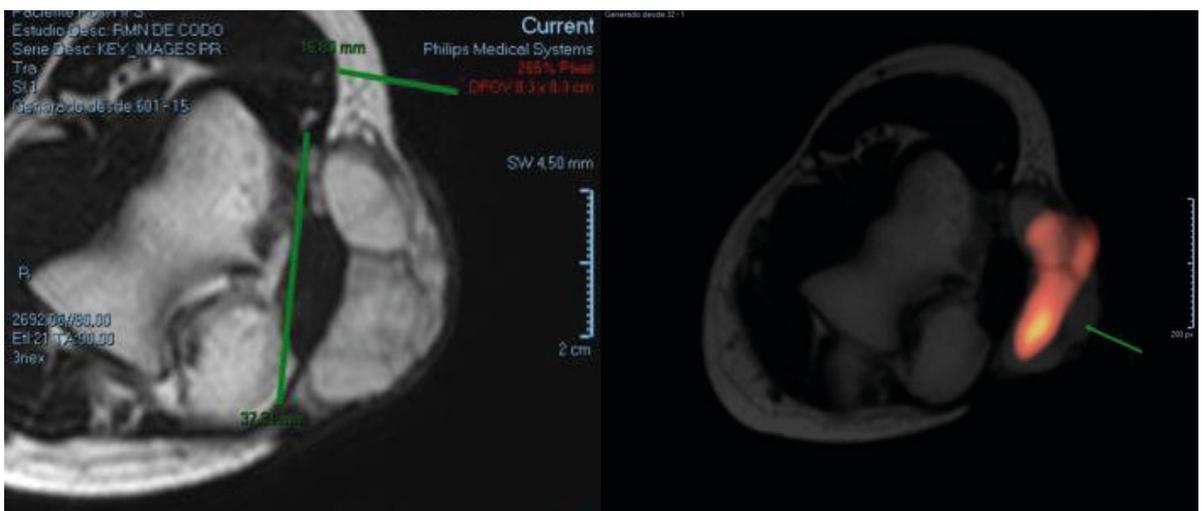
Recibido: 6/11/2016 | Aceptado: 5/12/2016



Figura 1. Lesión tumoral en codo. Figura 2. Arterias humeral, radial y cubital permeables.



Figuras 3 y 4. Resonancia que informa tumor en tejido celular subcutáneo de 37 por 16 mm, sin compromiso del músculo.



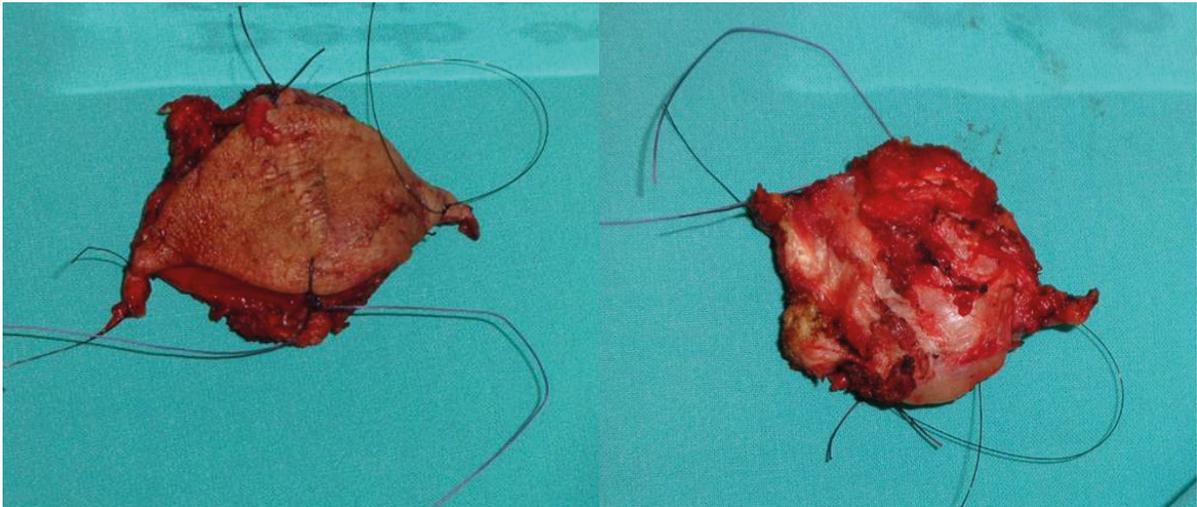
Figuras 5 y 6. Resonancia con contraste con hipercaptación.

puede parecer pequeño y el problema corre riesgo de ser minimizado, por lo que se debe operar en flexión⁴. Se optó por el colgajo lateral del brazo a flujo reverso. Es un colgajo fasciocutáneo irrigado por la arteria recurrente posterior de la arteria radial, con su punto pivotante a 2 cm del epicóndilo lateral⁵⁻¹⁰. Este colgajo permite realizar un cierre directo de la zona dadora (Figuras 11 a 18).

Luego de 6 meses, para disminuir el grosor del colgajo y rellenar el defecto de la zona dadora del colgajo, se decide realizar una lipoaspiración con jeringa del colgajo, y luego de decantar el material obtenido durante 10 minutos, se rellena el defecto del brazo con 20 cc de grasa autóloga. Asimismo se corrige la oreja de perro remanente del cierre de la primera cirugía (Figuras 19 y 20).



Figura 7. Lesión preoperatoria, que evidencia lesiones cutáneas por radiación. Figura 8. Marcación del colgajo lateral del brazo a flujo reverso.



Figuras 9 y 10. Pieza quirúrgica con marcación intraoperatoria.



Figura 11. Defecto a cubrir. . Figura 12. Tallado del colgajo.

RESULTADOS

La paciente cursó el posoperatorio de la primera cirugía sin complicaciones, comenzando la movilización del miembro al cuarto día. Se mantuvo la movilidad del brazo, requiriendo kinesioterapia posterior por un período corto de tiempo.

Respetando el orden de prioridades, se logró una resección completa de la lesión, el rango de movilidad del miembro superior se mantuvo en 160° y la sensibilidad no se perdió. Por último, a nivel estético, la paciente quedó muy conforme, quedando las cicatrices por encima del codo, pudiendo ocultarlas con prendas de manga corta (Figuras 21 y 22).



Figura 13. Apertura de puente cutáneo para evitar compresión del pedículo vascular. . Figura 14. Rotación del colgajo.



Figuras 15 y 16. Cierre del colgajo y zona dadora en flexión y extensión.



Figura 17. Resultado posoperatorio a los 15 días. Figura 18. Resultado posoperatorio al mes.

DISCUSIÓN

Los sarcomas son un grupo heterogéneo de tumores poco frecuentes que se originan predominantemente a partir del mesoderma embrionario. Se presentan más comúnmente como una masa asintomática localizada en una extremidad (59% de los casos), y la biopsia es la mejor técnica para su diagnóstico.

Las cirugías para cubrir defectos en el codo requieren tejidos suaves y duraderos, que permitan una rápida movilización y rehabilitación. De las diferentes opciones, los colgajos cumplen esa función¹¹. El colgajo lateral del brazo fue descrito por Song en 1982, y perfeccionado por Katsaros en 1984¹². Este colgajo tiene la ventaja de tener anatomía vascular constante y que es de fácil disección con los pacien-



Figura 19. Preoperatorio segunda cirugía. Figura 20. Posoperatorio segunda cirugía a los 7 días.



Figura 21. Posoperatorio segunda cirugía a los 15 días. Figura 22. Posoperatorio definitivo a los 2 meses de la segunda cirugía.

tes en posición supina. Asimismo, la morbilidad de la zona dadora es mínima, con la posibilidad de realizar un cierre directo de la misma¹³⁻¹⁹. Choudry, en una revisión retrospectiva sobre 96 pacientes con reconstrucción del codo, propone un algoritmo reconstructivo sin tener en cuenta este colgajo. Propone como primera opción el colgajo radial, con la desventaja de la distancia alejada de la zona dadora, sus mayores riesgos vasculares y las cicatrices más visibles²⁰.

CONCLUSIÓN

El colgajo lateral del brazo a flujo reverso es un colgajo de técnica sencilla y reproducible, con mínima morbilidad de la zona donante (ya que no sacrifica arterias ni músculos) y que no precisa microcirugía. Posee un resultado estético excelente por su color, grosor y textura, que se puede mejorar más aún con técnicas de lipotransferencia. Todas estas condiciones favorecen una rehabilitación precoz con mínima morbilidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rubayi S, Kiyono Y. Flap surgery to cover olecranon pressure ulcers in spinal cord injury patients. *Plast Reconstr Surg* 2001;107: 1473-81.
2. Wettstein R, Helmy H, Kalbermatten DF. Defect reconstruction over the olecranon with the distally extended lateral arm flap. *J Plast Reconstr Aesthet Surg* 2014;67:1125-8.
3. Sherman R. Soft-tissue coverage for the elbow. *Hand Clin* 1997;13:291-302.
4. Graciano R, Marin M, Londinsky M. Opciones de cobertura para defectos en codo. *Cir Plast IberoLatinoam* 2012;38: 363-8.
5. Montaner E, Perez-Correa I, Perez-Blanco A, et al. Colgajo braquial lateral de flujo inverso para cobertura de la región posterior del codo, tras exéresis de sarcoma de partes blandas. *Rev Iberoam Cir Mano* 2014;42:54-60.
6. Coessens B, Vico P, De Mey A. Clinical experience with the reverse lateral arm flap in soft-tissue coverage of the elbow. *Plast Reconstr Surg* 1993;92:1133-6.
7. Akpuaka FC. The radial recurrent fasciocutaneous flap for coverage of posterior elbow defects. *Injury* 1991;22:332-4.

8. Culbertson JH, Mutimer K. The reverse lateral arm flap for elbow coverage. *Ann Plast Surg* 1987;18:62-8.
9. Plantl L, Schreml S, Schwarze H, et al. A safe and simple technique using the distal pedicled reversed upper arm flap to cover large elbow defects. *J Plast Reconstr Aesthet Surg* 2008;61:546-51.
10. Lai CS, Lin SD, Yang CC, et al. The adipofascial turnover flap for elbow coverage. *Ann Plast Surg* 1992;28:190-4.
11. Stevanovic M, Sharpe F. Soft-tissue coverage for the elbow. *Plast Reconstr Surg* 2013;132:387-402.
12. Fu-Chan Wei, Samir Mardini. *Flaps and Reconstructive Surgery*. Saunders; 2009. Chapter 24: 305-17.
13. Bunkis J, Ryu RK, Walton RL, et al. Fasciocutaneous flap coverage for periolecranon defects. *Ann Plast Surg* 1985;14:361-70.
14. Lazarou SA, Kaplan IB. The lateral arm flap for elbow coverage. *Plast Reconstr Surg* 1993;91:1349-54.
15. Orgill DP, Pribaz JJ, Morris DJ. Local fasciocutaneous flaps for olecranon coverage. *Ann Plast Surg* 1994;32:27-31.
16. Tizian C, Sanner F, Berger A. The proximally pedicled arteria radialis forearm flap in the treatment of soft tissue defects of the dorsal elbow. *Ann Plast Surg* 1991;26:40-4.
17. Turungun M, Nisanci M, Duman H, et al. Versatility of the reverse lateral arm flap in the treatment of post-burn antecubital contractures. *Burns* 2005;31:212-6.
18. Hayashi A, Maruyama Y. Anatomical study of the recurrent flaps of the upper arm. *Br J Plast Surg* 1990;43:300-6.
19. Tung TC, Wang KC, Fang CM, et al. Reversed pedicled lateral arm flap for reconstruction of posterior soft-tissue defects of the elbow. *Ann Plast Surg* 1997;38:635-41.
20. Choudry UH, Moran SL, Li S, et al. Soft-tissue coverage of the elbow: an outcome analysis and reconstructive algorithm. *Plast Reconstr Surg* 2007;119:1852-7.

Cirugía Plástica: ¿Enseñar y aprender o aprender a enseñar?

Plastic Surgery: Teach and learn or learn to teach?

Patricio F. Jacovella

RESUMEN

Ser especialista certificado en Cirugía Plástica es esencial. Gran cantidad de maestros enseñan muy bien, simplemente sirviendo como ejemplo. Si bien este hecho ha logrado grandes discípulos, la aplicación de un planeamiento basado en las ciencias de la educación puede mejorar mucho más el producto final. La educación médica va mucho más allá de excelentes clases magistrales con herramientas multimedia.

Abarca desde un correcto planeamiento educativo inicial hasta la evaluación continua como retroalimentación del sistema educativo. Incluye la interpretación científica del proceso de enseñanza-aprendizaje y de los aspectos lógicos, fisiológicos, sociológicos y psicológicos de la relación docente / alumno.

Ser docente en medicina implica manejar una serie de variables que sobrepasan el deseo de enseñar. Ser docente en medicina es capacitarse adecuadamente en educación; es aprender a aprender y aprender a enseñar.

La intención del artículo es introducir conceptos sobre ciencias de la educación que correctamente aplicados a la medicina permitan reflexionar sobre el actual modelo de enseñanza y de esta manera mejorar lo que cada educador ya está haciendo con loable vocación.

Palabras claves: reflexiones, educación médica, pedagogía, didáctica.

ABSTRACT

There is no doubt that to be a plastic surgery board certified specialist is essential. Many professors teach in a very good way, simply based on being an example to be followed. The acquisition of surgical dexterity is part of a good surgery and must be one of the main objectives in residents' training. Even though this approach has got excellent students, education sciences based planning, can improve much more the final product. Medical education goes beyond excellent lectures with multimedia effects. It implies from initial planning to continuing evaluation as a feedback educational process.

It includes many variables that go beyond teaching vocation. To be a medical teacher is to properly learn the educational process. To be a medical teacher is to learn how to learn in order to learn how to teach.

The objective of this article is to introduce basic concepts in educational sciences that properly applied to medicine teaching allow to think it over on the present teaching model. Following this idea, it will be possible to improve what every educator with commendable vocation already is performing.

Key words: reflections, medical education, pedagogy, didactics.

REVISTA ARGENTINA DE CIRUGÍA PLÁSTICA 2016;22(3):140-144

1. EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA DE LA EDUCACIÓN MÉDICA

1.1. CONCEPTOS Y REFLEXIONES

La educación es una actividad intelectual, destinada a inculcar cambios creadores en la conducta humana, que sean individualmente satisfactorios y socialmente aceptables. De su calidad intrínseca dependerá el progreso de una comunidad como conjunto, al mismo tiempo que la realización integral de cada uno de sus miembros.

En los últimos tiempos, apoyada en el mejor conocimiento de los mecanismos psicológicos que interactúan en el proceso de enseñanza-aprendizaje, la educación médica ha puesto el énfasis en el educando y ha desarrollado nuevas estrategias para dar mejores respuestas al desafío que significa formar nuevas generaciones de médicos y de es-

pecialistas, dentro de un entorno caracterizado por constantes cambios en las ciencias²⁰.

Tanto el alumno de grado como el residente han pasado a ser el eje central del mencionado proceso y se considera que alcanzan su plenitud cuando adquieren las capacidades específicas para responder a los requerimientos de la sociedad en que vive.

Este abordaje pedagógico de la educación médica ha determinado la necesidad de inculcar en el alumno un pensamiento reflexivo que le permita ser competente en los diversos componentes de una conducta activa al servicio del paciente, en el marco de la ética^{6,8,20}.

La formación en medicina en sus diferentes niveles no se satisface con la posesión enciclopedista de conocimientos, ya que, en el mejor de los casos, se obtiene el egreso de profesionales eruditos pero sin tener la seguridad que actuarán de manera eficiente ante casos reales. Es necesario que esos conocimientos puedan ser aplicados y permitan el desarrollo de competencias profesionales^{6,8}.

Muchos de los diferentes programas de posgrado carecen de un planeamiento educativo estructurado y el currículo se limita a una larga enumeración de temas a nivel cognoscitivo. No se pone en duda que muchos cursos alcanzan un alto nivel de conocimientos; sin embargo, algunos no consideran las demás áreas de la conducta

1. Jefe División Cirugía Plástica. Director Carrera Especialista, Hospital de Clínicas "José de San Martín". Universidad de Buenos Aires.

✉ Correspondencia: Patricio F. Jacovella | revista@sacper.org.ar

El autor no declara conflictos de intereses

Recibido: 11/11/2016 | Aceptado: 19/12/2016

con respecto al aprendizaje, como la psicomotriz y la socioafectiva, es decir el saber hacer y el saber ser.

Ser especialista certificado en una disciplina médica, en este caso Cirugía Plástica, es sin lugar a dudas muy importante. Gran cantidad de maestros han enseñado y enseñan con buenos resultados, simplemente sirviendo como ejemplo. Si bien este hecho ha logrado grandes discípulos, la aplicación de un planeamiento basado en las ciencias de la educación puede mejorar mucho más el producto final, sobre todo en el posgrado.

La educación médica va mucho más allá de excelentes clases magistrales con herramientas multimedia y de la conocida secuencia: ver, ayudar y operar. Abarca desde un correcto planeamiento educativo según el diagnóstico de situación hasta la evaluación continua como retroalimentación del sistema educativo. Incluye la interpretación científica del proceso de enseñanza-aprendizaje y de los aspectos lógicos, fisiológicos, sociológicos y psicológicos de la relación docente / alumno¹⁵⁻¹⁸.

Ser docente en medicina implica manejar una serie de variables que sobrepasan el deseo de enseñar. Ser docente en medicina es capacitarse adecuadamente en educación; es aprender a aprender para aprender a enseñar^{15,20}.

1.2. OBJETIVOS

El artículo pretende introducir al lector en conceptos sobre ciencias de la educación que correctamente aplicados a la medicina permitan reflexionar sobre el actual modelo de enseñanza y, sumados a la idoneidad de cada especialista, logren un nivel acorde con las necesidades del país.

Se presentarán conceptos básicos que servirán de punto de partida para mejorar lo que cada educador ya está haciendo.

2. PEDAGOGÍA

2.1. CONCEPTO

Es el planteo y la solución científica de los problemas de la educación.

2.2. ETIMOLOGÍA Y DEFINICIONES

La palabra pedagogía resulta del conjunto de dos raíces griegas: *pais*, *paidos* que significa niño y *ago aguein* que quiere decir dirigir. Originariamente significó el arte de dirigir a los niños²¹. Las siguientes definiciones de expertos coinciden con los aspectos principales del concepto. Para Lemus¹⁸, es el estudio intencionado, sistemático y científico de la educación; es la ciencia de la educación propiamente dicha.

Para Mattos²¹, es el conjunto de conocimientos sistemáticos relativos al fenómeno educativo.

La pedagogía como ciencia tiene, como objeto específico, el estudio del llamado "hecho educativo" tratado en sus múltiples aspectos y dimensiones, en sus manifestaciones temporoespaciales, y en sus complejas relaciones de causa y efecto con los demás fenómenos que integran la vida humana en sociedad.

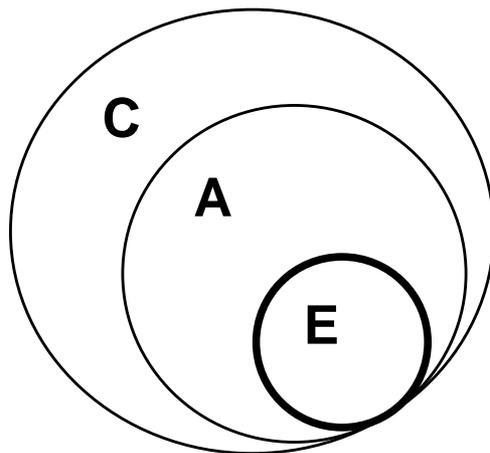


Figura 1. Conductas, aprendizaje y educación.

Según lo expuesto, puede inferirse que la pedagogía encara al hecho educativo, considerándolo de varias maneras: como un ideal que debe ser progresivamente alcanzado, como un problema que debe ser solucionado, como un proceso que debe ser llevado a cabo con eficacia y como el resultado acumulativo y concreto del mencionado proceso¹⁷.

2.3. CLASES DE PEDAGOGÍA

Son las distintas maneras de enfocar la misma disciplina. Considerándola como ciencia a nivel descriptivo, presenta ciertas características:

Tener un objeto propio de investigación.

Tener principios reguladores que constituyen un sistema.

Usar métodos de observación, experimentación y estadística.

A manera de síntesis puede decirse: que el objeto propio de la pedagogía es la educación; que tiene un conjunto de principios que constituyen su sistema y que usa el método científico para su estudio.

Considerándola como técnica, a nivel normativo, brinda las pautas prácticas de ejecución y se traduce en tres actividades principales:

Acción educadora.

Política educativa.

Didáctica.

La pedagogía es un saber interdisciplinario con una estructura interna que comprende los niveles descriptivo y normativo. En el primero se describe el fenómeno que se estudia y en el segundo se consignan las normas deducidas de la descripción inicial para elaborar las técnicas que permitan ejercer la acción educadora^{2,7,9,11,12}.

Esta última actividad se produce a nivel de la administración específica y según el nivel se relaciona con

la política educativa a nivel del país y con la didáctica a nivel de aula, curso u otras estrategias de enseñanza. Es decir que el fenómeno “educación”, al convertirse en normas, se manifiesta como política educativa, como acción educadora y como didáctica.

3. EDUCACIÓN

Según distintos autores, existen dos acepciones, ambas de vocablos latinos: *educare* y *ex ducere*. *Educare* significa alimentar, nutrir y hace referencia al proceso de socialización o influencia de una sociedad sobre sus integrantes. *Ex ducere* significa desarrollar, crecer y hace referencia al proceso de individualización o crecimiento personal³. Integrandos ambos conceptos, educación es un proceso de crecimiento interior y de interrelación con el medio ambiente social¹⁷.

Ortega y Gasset, citado por Luzuriaga¹⁹, dice que “la educación es un proceso de cambio, resultante de la interacción entre el individuo y su mundo en el cual aquel se realiza a sí mismo a la vez que adquiere los recursos para vivir bien en la realidad socio cultural de su tiempo”.

Desde la educación primitiva a la democrática a comienzos del siglo veinte, el fenómeno educativo se ha manifestado como una necesidad de vida, como función social y como crecimiento continuo de la humanidad.

Como necesidad de vida, debido que la comunicación es un proceso que tiende a compartir la experiencia, hasta que esta se convierte en una posesión común y modifica la disposición de las partes que participan en ella.

Como función social, porque el ambiente en sociedad abarca todas las acciones de los seres semejantes que intercambian experiencias y es un ambiente educador en la medida en que un individuo participa en alguna actividad humana conjunta.

Como crecimiento, al permitir la permanente posibilidad de aprender de la historia.

A manera de síntesis, todos los fines de la educación podrían ser resumidos en la siguiente proposición: hacer que el hombre como humano se siga humanizando. El proceso de educación tiene lugar en una estructura psíquica que se denomina personalidad¹².

Conducta es un conjunto organizado de operaciones intelectuales seleccionadas en función de informaciones recibidas como respuesta al medio ambiente. Es la manera en que los seres humanos dirigen sus acciones⁴. Dentro del universo de las conductas, algunas constituyen aprendizajes y solamente algunos aprendizajes se consideran educación.

La educación es entonces una clase especial de conducta. Solamente las de positivo valor para la sociedad son consideradas como educación.

El diagrama de conjuntos en la **Figura 1** permite una mejor interpretación de lo expuesto.

4. EDUCACIÓN Y ACCIÓN EDUCADORA

La educación es un proceso que se desarrolla en el interior del individuo, en una estructura psíquica que se llama personalidad, definida como el conjunto de sistemas responsables de la conducta del individuo que se educa¹².

La acción educadora es la acción exterior que provoca el mencionado proceso.

Esta diferencia entre educación y acción educadora solamente puede tener lugar en un análisis teórico para su mejor entendimiento, ya que en la práctica son dos fases de un mismo proceso.

4. PROCESO DE ENSEÑANZA-APRENDIZAJE

Enseñanza es una serie de acciones que realiza un docente con el propósito de crear condiciones de aprendizaje.

Enseñar es estimular, conducir, acompañar y evaluar; es dar a los alumnos una oportunidad para manejar variables inteligentemente y ayudarlos a desarrollarse como individuos. Los aprendizajes son un conjunto de experiencias de carácter reflexivo, que permiten al alumno la resolución de situaciones diversas³.

Enseñanza y aprendizaje son conceptos interdependientes e integran un proceso único, separable solamente en un análisis teórico^{1,3,21}.

El proceso de enseñanza-aprendizaje implica el establecimiento de estímulos por parte del docente y la obtención de respuestas del alumno. El estímulo puede ser visual, auditivo o táctil, y la respuesta, motora o intelectual.¹⁴

El conocimiento de este proceso permite el diseño de verdaderas situaciones de aprendizaje planificadas, que correctamente aplicadas demuestran la importancia de las ciencias de la educación¹⁵.

5. DIDÁCTICA

Es la disciplina pedagógica, de carácter eminentemente práctico y normativo que tiene como objeto específico la técnica de la enseñanza. Es el conjunto de principios, normas, recursos y procedimientos que todo profesor debe conocer y saber aplicar para orientar a los alumnos en el aprendizaje. Es la ciencia que estudia la manera de enseñar en sus aspectos operativos²¹.

La enseñanza de la Cirugía Plástica debe hacer uso de la didáctica para lograr mayor eficiencia en la educación. Tanto los aspectos cognoscitivos como el desarrollo de destrezas quirúrgicas para lograr buenos resultados requieren un planeamiento educativo basado en las ciencias de la educación, que va más allá de un simple listado de temas y de la ejecución de un determinado número de intervenciones quirúrgicas.

6. CARACTERÍSTICAS DESEABLES EN UN EDUCADOR

Un buen educador debe ser experto en su especialidad, conocedor de los aspectos operativos de las ciencias de la educación y estar comprometido con la sociedad.

Existen dos grandes clases de educadores: transmisor y conductor. El primero se caracteriza por limitarse a dar clases de tipo magistral, con escaso diálogo y restricción de temas según criterio propio. En general no permite la retroalimentación y la evaluación se limita a exigir respuestas memorísticas según criterios propios que no admiten discusión^{7,13,20}.

El segundo, se caracteriza por un profundo conocimiento sobre pedagogía, con verdadera disposición a la apertura y al diálogo. Cumple su función presentando al alumno situaciones de aprendizaje para que este desarrolle su mente. Basa su enseñanza en una metodología ordenada con permanente retroalimentación, y la evaluación se basa en la comprobación de la adquisición de competencias y objetivos propuestos al comienzo de la experiencia de aprendizaje^{9,12,13}.

Todos los conceptos vertidos son perfectamente aplicables por quienes tengan vocación de enseñar. Simplemente hay que reconocer que existen.

7. PROPUESTAS DE SOLUCIÓN

Ante las situaciones planteadas, una propuesta es el diseño de carreras de especialista con sólidas bases pedagógicas y currículo adecuado, que en el ámbito de una universidad permita un aprendizaje integral adaptado a las necesidades de la sociedad.

Lo expresado hace reflexionar sobre la urgente necesidad de lograr que el país tienda hacia un crecimiento en materia educacional, y si bien es cierto que los recursos físicos en cuanto a presupuestos se refiere constituyen un factor importante, no es menos cierto que un ordenamiento eficiente puede suplir en cierta medida

las restricciones económicas y crear una conciencia de responsabilidad en educadores y educandos.

Schwartzman y Eder²⁴, en su artículo “Formación docente en el nivel superior: formar o recetar”, proponen un proceso de formación docente con reflexión permanente sobre la práctica actual como eje de la enseñanza y plantean que los profesores se comprometan con su propia formación personal específica para aprender a enseñar. Por su parte, Rodrigo Rodríguez y Marre-²³ hacen referencia al tema, proponiendo un modelo de educador como mediador entre la cultura y la práctica de la enseñanza.

La Ley Nacional de Educación Superior²², en su artículo 12, concuerda con la idea propuesta y dice que son deberes de los docentes “actualizarse en su formación profesional y cumplir con las exigencias de perfeccionamiento que fija la carrera académica”.

Según Díaz Barriga¹⁰, pueden existir diferentes modelos curriculares; pero en todos ellos confluyen las concepciones de los distintos actores que intervienen en la tarea educativa: la sociedad, las instituciones, los educadores y los alumnos.

Existe una diversidad de variantes en la gestión educativa, que pueden llegar a muy buenos resultados siempre y cuando los responsables actúen con compromiso. El compromiso de los responsables de la mencionada gestión es desterrar modelos mentales rígidos y anticuados² para dar lugar a las disciplinas de las organizaciones inteligentes²⁵, que sin dejar de lado los aspectos intelectuales de excelencia, incluyan la inteligencia emocional¹¹.

Para Blejmar, “Gestionar es hacer que las cosas sucedan”⁵. Los fundamentos pedagógicos existen y deben ponerse en práctica. Simplemente se debe tener el firme deseo de compromiso con la sociedad para lograr mejores profesionales médicos, en especial en Cirugía Plástica, motivo de esta presentación.

De esta manera será beneficiado el principal protagonista y destinatario final de una educación médica tendiente a la excelencia, que sin lugar a dudas será el paciente satisfecho y agradecido.

BIBLIOGRAFÍA

1. Abrahamson S, Cohen ES, Graser HP, Harnacy RS, Land A, Miller GE. *Enseñanza y aprendizaje en escuelas médicas*. Buenos Aires: Alfa Grafico; 1969.
2. Antognazza JE. *Qué hacer con la vida*. Buenos Aires: Beas; 1993.
3. Avolio de Cols S. *La tarea docente*. Buenos Aires: Marymar; 1976.
4. Bleger J. *Psicología de la conducta*. Buenos Aires: Paidós; 1985.
5. Blejmar B. *Gestionar es hacer que las cosas sucedan*. Buenos Aires: Ediciones Novedades Educativas; 2000.
6. Brailovsky CA. *Educación médica, evaluación de competencias*. En: *Aportes para un cambio curricular en Argentina 2001*. Buenos Aires. Organización Panamericana de la Salud y Facultad de Medicina, 2001:103. www.fmv-uba.org.ar/proaps/9. (Acceso agosto 2016)
7. Bridge EM. *Pedagogía médica*. Washington: Organización Panamericana Salud; 1967.
8. Bunk GP. *La transmisión de las competencias de la formación y perfeccionamiento profesionales*. *Revista Europea de Formación Profesional* 1994;1:8-14.
9. Cherjovski RM. *Las competencias como núcleo de diseño curricular*. *Rev Argent Educ Med* 2008;2:1-2.
10. Díaz Barriga A. *Didáctica y currículo*. México: Nuevomar; 1983.
11. Goleman D. *Working with emotional intelligence*. New York: Bantam; 2000.
12. Filloux JD. *La personalidad*. Buenos Aires: EUDEBA; 1954.
13. Goset J. *Elements de pedagogie medicale*. Paris: L'expansion scientifique; 1969.

14. Hill WF. *Teorías contemporáneas del aprendizaje*. Buenos Aires: Paidós; 1985.
15. Jacovella PF. *Efectos del planeamiento educativo en el aprendizaje de conocimientos, actitudes, habilidades y destrezas en cirugía plástica*. Tesis de Maestría en Educación Médica. Facultad de Medicina. Universidad Nacional de Tucumán. Biblioteca. San Miguel de Tucumán. Argentina, 2011.
16. Jacovella PF. *Introducción a la docencia en medicina*. Buenos Aires: López Libreros Editores; 1991.
17. Lafourcade P. *Planeamiento, conducción y evaluación en la enseñanza superior*. Buenos Aires: Kapelusz; 1974.
18. Lemus LA. *Pedagogía, temas fundamentales*. Buenos Aires: Kapelusz; 1969.
19. Luzuriaga L. *Diccionario de pedagogía*. Buenos Aires: Losada; 1962.
20. Manrique J. Prólogo. En: Jacovella PF. *Introducción a la docencia en medicina*. Buenos Aires: López Libreros Editores; 1991.
21. Mattos LA. *Compendio de didáctica general*. Buenos Aires: Kapelusz; 1974.
22. Ministerio de Cultura y Educación. *Ley 24.521 de Educación Superior*. www.mcy.gov.ar (acceso agosto 2016)
23. Rodrigo Rodríguez A, Marrero J. *Las teorías implícitas: una aproximación al conocimiento cotidiano*. Madrid: Aprendizaje Viso; 1993.
24. Schwartzman G, Eder ML. *Formación docente en el nivel superior: formar o recetar*. *Boletines Conferencia Argentina de Educación Médica* 2006:43.
25. Senge P. *La quinta disciplina*. Barcelona: Granica; 1996.

Presentación de libro de la especialidad

Presentation of book of the specialty

Comité Editor de la Revista Argentina de Cirugía Plástica

REVISTA ARGENTINA DE CIRUGÍA PLÁSTICA 2016;22(3):145-147

El Comité Editor de la Revista Argentina de Cirugía Plástica ha recibido el libro *Cirugía Plástica Estética* de autoría del Dr. Patricio F. Jacovella y colaboradores. Fue publicado por Editorial Akadia, con un precio accesible para los cirujanos plásticos en formación. Felicitaciones al autor y a sus colaboradores. Transcribimos a continuación el prólogo del Académico Dr. Fortunato Benaim, y el listado de coautores y temas desarrollados.

Prólogo del Prof. Dr. Fortunato Benaim

La presentación del libro al que sus autores han titulado *Cirugía Plástica Estética* es un testimonio del progreso alcanzado por esta rama de la cirugía en nuestro país en las últimas décadas.

Si nos remontamos a la mitad del Siglo XX, la Cirugía Plástica no estaba aún reconocida oficialmente como especialidad, no existían Servicios en los Hospitales Públicos dedicados a la práctica de esta cirugía y la misma se realizaba en "Secciones" de los Servicios de Cirugía General, cuyos jefes permitían a los cirujanos que la practicaban, disponer de algunos turnos quirúrgicos y de algunas camas para la internación de los pacientes.

El grupo de cirujanos plásticos no llegaba al centenar, y la mayoría de ellos había logrado su formación en el extranjero, concurriendo a Servicios donde actuaban los más famosos cultores de esta Cirugía en esa época.

Los jóvenes cirujanos argentinos que decidían dedicarse a la Cirugía Plástica se acercaban a estos maestros, quienes les permitían asistir a sus sesiones quirúrgicas, para observar las técnicas que aplicaban para la solución de los problemas que presentaba cada paciente y, en circunstancias favorables, incorporarse al grupo de colaboradores del maestro en calidad de ayudantes.

Se completaba la formación concurriendo a algunas Clases o Conferencias, o también Cursos Especiales que se dictaban en los Hospitales, por los Cirujanos Plásticos más prestigiosos. Aún no se había creado la Sociedad Científica que los agrupara, la que recién en el año 1952 inició sus actividades.

En el año 1974, por iniciativa del Dr. Héctor Marino y un grupo de sus colaboradores, al que tuve el privilegio de pertenecer, y con el respaldo de la Universidad del

Salvador, se creó la "Primera Carrera Universitaria de Post-gradó en Cirugía Plástica", de 3 años de duración, exigiendo, para ser admitido, acreditar formación previa en Cirugía General.

Así comenzó la nueva era de la Enseñanza de la Cirugía Plástica, y uno de los egresados de aquellos años fue el Dr. Patricio F. Jacovella, quien durante el transcurso de la Carrera demostró excelentes aptitudes y gran dedicación, y ahora, conjuntamente con graduados universitarios de las otras Carreras que posteriormente se fueron creando y un grupo de otros colaboradores, emprendió la elogiable tarea de escribir este Libro, para facilitar el aprendizaje a los actuales "residentes" y a los que cursan las diversas Carreras de Post-gradó que hoy se ofrecen a los interesados en esta disciplina quirúrgica.

Si bien el editor director y los autores en su prefacio lo definen como un manual de Cirugía Plástica Estética, bien podría recibir el nombre de "Tratado de Cirugía Plástica Estética", pues no es solamente un resumen de los datos más esenciales de cada tema de la mencionada especialidad quirúrgica, que es la característica de los manuales, sino que muchos de ellos son estudiados en profundidad, modalidad que distingue a los tratados.

Es interesante destacar que el contenido de los 25 Capítulos que integran el Libro mantiene un modelo uniforme en su presentación, lo que indica una inteligente labor del director de la obra, para lograr así un conjunto armónico, teniendo en cuenta que la redacción de cada tema ha sido efectuada por diferentes autores.

También es digno de mención el haber incluido temas no quirúrgicos, recalcando el coordinador en su prefacio que "la técnica quirúrgica constituye solamente un componente de las competencias profesionales deseables".

Uno de los problemas que debe afrontar el Cirujano Plástico que cultiva la estética, es el de hacer saber al paciente que busca el mejoramiento de su apariencia física y exige "resultados", que si bien las técnicas más depuradas de esta cirugía permiten ofrecerlos y satisfacer la expectativa del interesado, no siempre son infalibles y que como en todo procedimiento quirúrgico, pueden aparecer complicaciones imprevistas.

Por tal razón en los Capítulos destinados a la correc-



Facsímil de la tapa de *Cirugía Plástica Estética*.

ción quirúrgica de los defectos que motivan la consulta, se destinan párrafos especiales para señalar los “efectos indeseables y complicaciones”.

La necesidad de disponer de una buena documentación pre- y posoperatoria mediante fotografías, se expone con detalles en el capítulo destinado a este tema, proporcionando información actualizada sobre el equipamiento más conveniente para obtener registros nítidos y comparables. Con minuciosos detalles se describen las posiciones más adecuadas para obtener buenas imágenes de cada segmento corporal; el fondo neutral más indicado; la iluminación y la selección de cámaras fotográficas más recomendables.

Otro aspecto interesante del contenido del Libro, es el de abordar conceptos jurídicos, explicando el significado de los términos que se utilizan en las acciones legales y la conveniencia de contar con un seguro de mala praxis. También incursiona en conceptos sobre Acreditación de los Establecimientos y Servicios Hospitalarios según su categorización, detalles que actualmente no deben soslayarse.

Los Capítulos destinados al tratamiento quirúrgico de cada uno de los problemas que debe afrontar el Cirujano Plástico dedicado a la estética permiten al lector conocer los datos históricos más importantes, que en cada caso son recordados como introducción al tema, y luego la descripción detallada de las variadas técnicas que a través de los tiempos fueron recomendadas para solucionarlos.

No se omiten referencias al instrumental necesario ni a los requisitos preoperatorios y cuidados posoperatorios, recordando siempre que aunque el paciente con-

sulta para mejorar su aspecto físico, no debe olvidarse que puede haber padecido algún proceso patológico previo que sugiera contraindicar la intervención que solicita.

El tema de la Anestesia, es presentado en profundidad, recordando todos los procedimientos para asegurarse del buen estado del paciente que debe ser anestesiado para su operación, y un minucioso análisis de los numerosos fármacos de los que hoy se dispone para lograr los mejores resultados con el menor riesgo.

Complementan el contenido de este Libro, los Capítulos dedicados a Implantes y Trasplantes de inyectables faciales, la Toxina Botulínica y el uso de Rayos Láser y Luz Pulsada, conjunto de recursos que juiciosamente manejados por el cirujano especializado, ofrecen interesantes resultados sea como procedimientos únicos o como adicionales a tratamientos quirúrgicos.

Los capítulos finales, llaman la atención sobre la necesidad de contar con “Bioseguridad en el quirófano”, detallando las normas que deben respetarse en el ámbito quirúrgico para garantizarla y sobre la Ética en estética, punto de partida de toda buena práctica médica.

Como final de este comentario, puede recomendarse este Libro como un excelente texto para el aprendizaje de esta rama de la Cirugía. Corresponde felicitar a los autores por la claridad de los conceptos vertidos en cada uno de los Capítulos y destacar que esta obra enriquece la literatura médica argentina, con un importante aporte a este particular aspecto del quehacer quirúrgico.

Prof. Dr. Fortunato Benaim

Autores de capítulos miembros de SACPER

- Guillermo Artero
- Fernando Felice
- Arturo Figueroa
- Enrique P. Gagliardi
- Claudio Ghilardi
- Justo Latorre Vizcarra
- Eduardo E. Marchioni
- Mariano R. Meglioli
- Alejandro Merello Abente
- Ernesto Moretti
- Susana Paredes
- Carlos Tagliapietra
- Javier Vera Cucchiario
- Patricia Silvina Velázquez
- Ricardo Yohena

Autores de capítulos de otras especialidades

- **Eduardo B. Arribalzaga**
 - Jefe Departamento de Cirugía, Hospital de Clínicas “José de San Martín”. Profesor Titular de Cirugía UBA.
- **Abelardo Capdevila**
 - Jefe División Terapia Intensiva, Hospital de Clínicas “José de San Martín”.

- **Mariano P. Chaia**
 - Médico Especialista Universitario en Anestesiología. Exmédico residente, División Anestesiología, Hospital de Clínicas “José de San Martín”.
- **Rodrigo Caruso Duprat**
 - Médico especialista universitario en Cirugía Plástica. Pontificia Universidad Católica de Río de Janeiro, Brasil. Miembro de la Sociedad de Cirugía Plástica de Brasil. Miembro Efectivo de la Asociación de Exalumnos del Prof. Ivo Pitanguy.
- **Célica Irrazábal**
 - Subjefe División Terapia Intensiva. Hospital de Clínicas “José de San Martín”.
- **José Eduardo Lintz**
 - Médico especialista universitario en Cirugía Plástica. Pontificia Universidad Católica de Río de Janeiro. Brasil. Profesor de Cirugía Plástica, Instituto Ivo Pitanguy.
- **Juliana Martínez**
 - Odontóloga especialista en Cirugía Maxilofacial.
- **Claudia Marchitelli**
 - Médica Encargada del sector de Patología Vulvar y de Estética Ginecológica, Hospital Ita-

liano de Buenos Aires, Argentina. Jefa del sector de Infecciones Ginecológicas del Hospital Italiano.

- **Celeste Sluga**

- Médica especialista en Ginecología. Integrante del sector de Patología Vulvar y de Estética Ginecológica del Hospital Italiano de Buenos Aires. Miembro del sector de Infecciones Ginecológicas del Hospital Italiano.

Temas tratados:

- Alcances
- Pre y post op
- Anestesia
- Fotografía
- Instrumental
- Párpados
- Cara
- Orejas en asa
- Poco invasivos
- Brazos
- Mama
- Contorno
- Genitales
- Bioseguridad
- Ética

Noticias SACPER - Regionales

REVISTA ARGENTINA DE CIRUGÍA PLÁSTICA 2016;22(3):148-149

V JORNADAS INTERNACIONALES DE LAS 4 FRONTERAS. III CURSO INTENSIVO DE CIRUGÍA ESTÉTICA

Resumen del evento

En el marco natural de la selva Iryapu, en las 600 hectáreas de la Ciudad de Puerto Iguazú, Misiones, se realizaron el 9 y 10 de septiembre las *V Jornadas Internacionales de las 4 Fronteras y III Curso Intensivo de Cirugía Estética*, organizadas por la Filial del Nordeste Argentino de SACPER (SCPERNEA), cuyo tema central fue *Cirugía del Contorno Facial y Corporal Posbariátrica*. Se contó con la presencia de destacados cirujanos plásticos extranjeros y nacionales que nos brindaron académicamente, por más de 24 horas, cátedra, una actualización en un área de nuestra especialidad en constante desarrollo y crecimiento. Asimismo, durante los almuerzos de ambos días, se desarrollaron dos mesas redondas de *Procedimientos no Invasivos y Tecnología Médica* aplicada a la especialidad.

El acto de apertura contó con la presencia del Sr. Ministro de Salud de la Provincia de Misiones Dr. Walter Villalba, el Sr. Presidente de la FILACP Dr. Guillermo Vázquez y el Sr. Presidente de SACPER Dr. Ruben Rosati; y presidentes de Sociedades Extranjeras y de Regionales de la SACPER. La exposición comercial de las empresas que nos dieron su apoyo, así como la oportunidad de interiorizarnos de sus productos, gravitaron en el éxito de la misma. La presencia de 149 colegas de las diferentes regionales de la SACPER, así como de Uruguay, Paraguay, Bolivia, Brasil, Chile, Venezuela, Estados Unidos, México, etc. permitió la confraternización.

El arte estuvo presente con la presencia del artista plástico misionero Ernesto Engel, con una muestra de óleos que reflejaban el alto Iguazú. La noche del jueves 8 nos acompañaron en la cena las melodías ejecutadas por el arpa de Tomasito.

El cóctel de apertura con la presencia del ballet de danzas del Parque del Conocimiento de la Ciudad de Posadas, a cargo del Director Luis Marinoni.

Y la cena de clausura, en un ambiente distendido, al ritmo de nuestro Tango, la samba brasileña, música de actualidad donde se distinguió a participantes nacionales y extranjeros.

Dr. Gustavo Abrile
Presidente del Comité Organizador y Científico

XII JORNADAS NACIONALES INTERDISCIPLINARIAS DE FISURAS LABIO-NASO-ALVÉOLO-PALATINAS – FLAP

La Plata 26 de septiembre de 2016

Informe sobre las Jornadas desarrolladas el 18 y 19 de agosto de 2016 en la ciudad de San Miguel de Tucumán, en la Honorable Legislatura, enmarcadas dentro del Festejo y Homenaje del Bicentenario de la Independencia.

Estas Jornadas tuvieron como objetivo intercambiar y discutir ideas, ratificar y/o rectificar normas y protocolos de diagnóstico y tratamientos; promover la transferencia de conocimientos y la formación de recursos humanos, a través de la Educación continua y permanente, para lograr el mejor tratamiento interdisciplinario para el niño con fisuras labio-naso-alvéolo-palatinas desde los puntos de vista funcional, morfológico y estético.

Sus ejes temáticos fueron:

- Diagnóstico por imágenes prenatal.
- Genética.
- Cirugía Plástica, Pediátrica y Maxilofacial.
- Odontopediatría.
- Ortopedia y Ortodoncia.
- Fonoaudiología.
- O.R.L.
- Asistencia social.
- Salud mental.
- Anestesiología.
- Casos problemas.



V Jornadas Internacionales de Las 4 Fronteras



V Jornadas Internacionales de Las 4 Fronteras



V Jornadas Internacionales de Las 4 Fronteras



V Jornadas Internacionales de Las 4 Fronteras



Autoridades de las XII Jornadas desarrolladas en Tucumán.



Publicidad de las XII Jornadas sobre fisurados, en Tucumán.



Ponentes en las XII Jornadas.

Se presentaron 50 trabajos, hubo 430 inscriptos. En el Plenario se decidieron las nuevas sedes para las próximas Jornadas Nacionales de FLAP:

- 2017 Provincia de Misiones - Iguazú.
- 2018 Provincia de Santiago del Estero.
- 2019 Provincia de Jujuy.

Debemos felicitar al Comité Organizador de Tucumán a cargo del Dr. Hugo Vellisce y todos sus colaboradores por el éxito obtenido en la realización de las XII Jorna-

das, como también destacar y agradecer el apoyo y colaboración de las Instituciones Gubernamentales, Ministerio de Salud Pública, Municipalidad, Fundación Pro- niño y la Honorable Legislatura de Tucumán a cargo del Sr. Vicegobernador Contador Osvaldo Jaldo, que tan gentilmente nos acompañó y destacó la importancia de estas XII Jornadas en el acto de apertura de las mismas.

Dr. Carlos Alberto Perroni
Centro de Referencia Nacional de FLAP-SACPER.

Entrevista al Sr. Eugenio Lombardozi

REVISTA ARGENTINA DE CIRUGÍA PLÁSTICA 2016;22(3):150-152

En el año de su **sexagésimo aniversario** y en carácter de reconocimiento por parte de nuestra Sociedad, nos acercamos a las oficinas de G. E. Lombardozi SA para realizarle una nota a quien desde hace 50 años trabaja en la mencionada empresa y se ha convertido a través de los años en un emblema dentro de nuestra especialidad, el Sr. Eugenio Lombardozi.

¿CUÁNDO Y QUIÉN FUNDÓ GE LOMBARDOZZI?

Fue creada por mi padre Gesualdo E. Lombardozi en mayo de 1956. Antes de esto él había sido Jefe de la sección Cirugía y Gerente de sucursales de Lutz Ferrando y cía. Durante ese período colaboró con el Dr. Kirschbaum asesorando sobre todo lo relacionado con las instalaciones del Instituto del Quemado (hoy Hospital de Quemados) que funcionó en la calle Viamonte, como también del Hospital de Clínicas y otras grandes instituciones de la época. En 1972 la empresa pasó a ser una sociedad anónima con la denominación actual: GE LOMBARDOZZI SA. Cuando mi padre creó la empresa, esta era netamente de instrumental quirúrgico e insumos. La Cirugía Plástica era una especialidad pequeña en la Argentina 60 años atrás.

¿EN QUÉ MOMENTO TE INCORPORASTE A LA EMPRESA?

Desde muy joven comencé a trabajar con mi padre. Al tiempo que estudiaba de noche el secundario en la escuela industrial Luis A. Huergo, durante el día hacía de "che pibe". También de muy chico trabajé en la firma Faico en la fabricación del instrumental quirúrgico, experiencia que me sirvió mucho durante toda mi vida y me aportó conocimientos invalorable sobre la fabricación y utilización de instrumentos de todas las especialidades.

¿CUÁNDO FUE TU PRIMER SIMPOSIO O CONGRESO?

El 20 de junio de 1965, justamente era de Cirugía Plástica y se realizó en el Consejo Deliberante de la Ciudad de Buenos Aires y de ahí en más estuve presente en todos los Congresos de la especialidad, hasta la fecha.

¿Y EN EL ORDEN INTERNACIONAL ?

Unas Jornadas Rioplatenses realizadas en Montevideo Uruguay, y a partir de 1982 en incontables Congresos

en diferentes países, Brasil, EE.UU., Europa, África, Asia, Oceanía... siempre tratando de estar presente y con el objeto de vender un poco y traer novedades para los médicos argentinos.

VEO QUE TU TRAYECTORIA ES MUY AMPLIA Y EN MÁS DE 50 AÑOS HABRÁS TENIDO CONTACTO CON MUCHOS MÉDICOS DE LA ESPECIALIDAD...

Sí, tuve la suerte de conocer a muchos grandes de la Cirugía Plástica Argentina e Internacional. Con muchos de ellos la relación fue mucho más allá de lo comercial y se forjaron lazos de amistad muy fuertes. En el orden nacional, el Dr. Ernesto Malbec, el Dr. Héctor Marino, el Dr. Arespachaga, el Dr. Jaroslavsky, el Dr. Mayo, y de los grandes de afuera he tenido o tengo relación con el Dr. Ivo Pitanguy, el Dr. Rolando Ponte, el Dr. Claudio Rebello, Dr. Farid Hakme, el Dr. Luis Vasconez, el Dr. Jaime Planas, el Dr. Becker, el Dr. Smith... la lista es superlarga... pero estos son apellidos que dejaron huella en la especialidad a nivel mundial.

¿HAS COLABORADO TAMBIÉN CON MUCHOS CIRUJANOS EN LA FABRICACIÓN DE INSTRUMENTAL, NO ES CIERTO?

Sí, es cierto y la lista sería también muy extensa, tanto de médicos como de instrumentos creados. Si tuviera que nombrarte algunos de los más populares podría nombrarte la legra aspiradora de Marino, el separador Esperne, la legra aspiradora de Niquilson, el separador de Juri, la valva de Saldanha, las cánulas de Fournier, las de Luiz Toledo, el set de gluteoplastia del Dr. Raúl González, la pinza marcadora de párpados y las



Stand de GE Lombardozi SA en el Congreso de Mar del Plata.



Stand de GE Lombardozzi SA en el Congreso de Mar del Plata.

cánulas del Dr. Abel Chajchir, el separador de párpados del Dr. José Robles, el extractor de Figallo, los instrumentos de endoscopia de Nicanor Isse y Oscar Ramírez, etc. etc. etc.

¿TAMBIÉN COLABORASTE CON ALGUNOS CIRUJANOS EN NUEVAS TÉCNICAS?

Mi colaboración fue más técnica que científica: con el Dr. José M. Robles en el diseño de separadores para prótesis glúteas y todo lo relacionado con el tratamiento de la grasa, al igual que con el Dr. Abel Chajchir en la fabricación de sus modelos de cánulas especiales y la pistola inyectora de grasa, entre otras cosas, con el Dr. De La Plaza diseñamos el separador transconjuntival De La Plaza.

¿QUÉ SIGNIFICAN PARA VOS LA CIRUGÍA PLÁSTICA Y LOS CIRUJANOS?

Todo... porque crecí a la par de la especialidad y la abracé como algo propio, no solamente como medio de vida sino como un hobby y esto gracias a los muchos cirujanos que me hicieron sentir mucho más que un proveedor, como uno más de ellos... el tiempo fue sabio y determinó que por suerte un gran número de clientes se transformaron en amigos, en mi familia... aunque otros que los creía amigos me demostraron lo contrario, pero por suerte han sido pocos.

EN TANTOS AÑOS HABRÁS VISTO CÓMO JÓVENES RESIDENTES SE CONVIRTIERON CON EL PASO DE LOS AÑOS EN GRANDES REFERENTES DE LA CIRUGÍA PLÁSTICA, ¿QUÉ CONSEJO LES DARÍAS A LOS JÓVENES DE HOY?

Desde mi humilde posición de empresario y no de médico, lo que puedo decirles, porque lo ví, es que llegaron muy lejos, o mejor dicho, "se hicieron de un buen nombre dentro de la especialidad" aquellos que además de sobresalir por sus condiciones naturales para la cirugía, nunca se olvidaron que su principal actividad es la medicina y no el comercio.



Stand de GE Lombardozzi SA en el Congreso de Mar del Plata.

¿QUÉ AVANCES HAS NOTADO EN LA ESPECIALIDAD EN LOS ÚLTIMOS AÑOS?

Muchísimos, en los últimos 35 años diría que el avance masivo de técnicas y tecnologías (aparatoología) fue imparable, viví el nacimiento de la lipoaspiración, la llegada de la lipoinyección de grasa, luego empezaron a llegar los primeros equipos de láser aplicables a la especialidad, la depilación (definitiva) en manos de Cirujanos Plásticos... ¡quién lo hubiera dicho!, del lifting tradicional al endoscópico, infinitos tratamientos de la piel, que eran potestad de los dermatólogos, pasaron a un terreno común con los Cirujanos Plásticos, la llegada de los productos inyectables, la radiofrecuencia y todas sus variantes, los avances nunca detuvieron su marcha y hoy tenemos por ejemplo un robot para colocar pelo...!

EN TANTOS AÑOS DEBÉS TENER MUCHAS ANÉCDOTAS, ¿ALGUNA QUE QUIERAS RECORDAR?

Sí, muchísimas, para llenar varias páginas de un libro..., te comento una científica y una graciosa; durante el curso que realizaba el Dr. Sherrell Aston en Nueva York, en el Hotel Waldorf Astoria, en 1986, se me acercó un médico y tomó una tijera y yo le explicaba que era para lifting modelo Sherrell Aston y luego tomó una legra de aspiradora de Marino y cuando comienza a hablar, me dice: "Yo soy el Dr. Sherrell Aston... y esta misma legra me la obsequió el mismísimo Dr. Marino, si lo ve dele saludos de mi parte..." (sic)

La graciosa: En un Congreso americano en San Francisco viene una mujer de unos 25 años al stand, preguntándome por el Dr. XX, médico conocido mío mexicano que le había dicho que se encontrarían en el stand de "Lombar", esperó un rato y se fue, me dijo que le avisara cuando venga que ella se iría al hotel, cuando minutos después llegó el médico en cuestión le dije: "Vino tu hija y me dijo que te esperaba en el hotel..." y me respondió "Tengo solo 2 hijos y son varones... esa chica es mi novia...", a lo que atiné a decirle de manera automática: "Te felicito" (sic).



El Sr. Eugenio Lombardozzi y sus hijos..



Stand de GE Lombardozzi SA en el Congreso de Mar del Plata.

YA QUE LO MENCIONASTE, ¿NUNCA SE TE OCURRIÓ ESCRIBIR UN LIBRO DE TANTOS CONGRESOS Y VIAJES? ¿O TODA TU TRAYECTORIA?

Sí, se me ocurrió y hasta tengo bosquejos hechos, quizás en algún momento lo termine... va a tener páginas blancas, relatos que se pueden hacer públicos, páginas de prensa amarillista, algunos hechos subidos de tono, pero que se pueden contar y una hoja negra con anécdotas que quedarán en mi retina para evitar despelotes...!!

POR LO VISTO EN G. E. LOMBARDOZZI SIGUE LA DESCENDENCIA...

Si efectivamente, ya que tengo 2 hijos varones que siguen con la empresa, Eugenio en Argentina que ya lleva 20 años trabajando conmigo y Esteban que abrió filiales propias en Bolivia y Paraguay, y mi hija Sonia, médica, cirujana plástica, así que creo que habrá Lombardozzi para mucho tiempo más...

EGO Y ORGULLO

Durante un congreso en el Hotel Nikko de Paris, dando una conferencia, el Dr. Pier Fournier (crea-

dor de la lipoaspiración), sobre extracción y reinyección de grasa en los comienzos de esta técnica, al final de su ponencia, cuando vinieron las preguntas, varios de los médicos presentes preguntaron sobre la cánula para extraer que él usaba y como pasar la grasa de una jeringa a otra y su contestación fue: "Ahí afuera está el stand de Lombardozzi, pregúntele a él que fue el inventor y fabricante, les va a explicar mejor que yo,,,"

UN PÁRRAFO APARTE DE AGRADECIMIENTO

He aprendido muchas cosas de muchos médicos locales y de diferentes países, viendo sus presentaciones en Congresos o presenciando operaciones en quirófanos, para luego aplicar mis conocimientos técnicos y fabricarles el instrumental adecuado. Pero quiero mencionar a tres específicamente, a los cuales les debo no solo el empuje para empezar a salir del país y asistir a Congresos Internacionales que me hicieron crecer a nivel personal y comercial, sino por los conocimientos científicos y quirúrgicos que me brindaron para que nuestra empresa haya llegado tan lejos. Me refiero a los doctores José "Pepe" Robles, Abel Chajchir y José Juri. A ellos mi eterno agradecimiento.

Reglamento de Publicaciones de la *Revista Argentina de Cirugía Plástica*

Publications rules *Argentine Journal of Plastic surgery*

REVISTA ARGENTINA DE CIRUGÍA PLÁSTICA | JULIO - SEPTIEMBRE 2016 | AÑO 22 | NÚMERO 3

La *Revista Argentina de Cardioangiología Intervencionista (RACI)* es una publicación trimestral editada por el Colegio Argentino de Cardioangiólogos Intervencionistas (CACI) con objetivos asentados en la divulgación de material científico y educativo para la especialidad. La distribución nacional es gratuita y está dirigida a cardioangiólogos intervencionistas, cardiólogos clínicos y pediátricos, radiólogos, neurólogos, técnicos en hemodinamia y especialidades afines. La publicación es de tipo impresa y electrónica (www.caci.org.ar).

Los principios editoriales de la revista se basan en los Requisitos de Uniformidad para los Manuscritos enviados a Revistas Biomédicas (*Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals*) redactados por el Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas (*International Committee of Medical Journal Editors - ICMJE*) en su más reciente actualización, disponible en www.icmje.org.

Los artículos enviados deben ser originales, y en caso de que éstos hayan sido publicados de forma parcial en otras revistas científicas, deberá aclararse al pie de la primera página, junto con la cita bibliográfica del lugar en donde se publicó. El Comité Editor evaluará los trabajos y será el encargado de enviarlos a un arbitraje externo. Asimismo tendrá la facultad de introducir, con el consentimiento de los autores, todos los cambios editoriales exigidos por las normas gramaticales y las necesidades de edición de la revista. Los Artículos de Revisión y Editoriales también serán objeto de la misma revisión.

PRESENTACIÓN GENERAL DEL MANUSCRITO

Cada artículo debe ser presentado con una primera página que debe contener: (a) el título, informativo y conciso; (b) los nombres completos de los autores y de las instituciones en que se desempeñan; (c) un título abreviado para cabeza de página; (d) el número total de palabras del artículo, sin las referencias bibliográficas; (e) el nombre y dirección completa, con fax y dirección electrónica, del autor con quien se deba mantener correspondencia. La segunda página debe incluir el resumen (abstract) en español y en inglés, con 3-6 palabras clave al final de éstos con términos incluidos en la lista del Index Medicus (*Medical Subject Headings - MeSH*). Luego, en la tercera página, se

debe desarrollar el contenido del manuscrito (véase Preparación del manuscrito), iniciando una nueva página para cada sección. Todas las páginas deben ir numeradas desde la portada.

El envío del artículo (texto, tablas y figuras) debe realizarse por correo electrónico a revista@caci.org.ar, con una nota firmada por todos los autores (véase modelo página web), con la indicación de la sección a que correspondería el manuscrito y la aseveración de que los contenidos no han sido anteriormente publicados.

Quienes figuren como autores deben haber participado en la investigación o en la elaboración del manuscrito y hacerse públicamente responsables de su contenido.

Para cada artículo se permite un máximo de 8 autores, que deben adaptarse a las normas sobre autoría expuestas por la IMCJE. Cada manuscrito recibido es examinado por el Comité Editor y por uno o dos revisores externos. Posteriormente se notificará al autor responsable sobre la aceptación (con o sin correcciones y cambios) o el rechazo del manuscrito. Aprobada la publicación del trabajo, la RACI retiene los derechos de autor para su reproducción total o parcial.

SECCIONES

ARTÍCULOS ORIGINALES (véase *Preparación del manuscrito*)

Son trabajos científicos o educativos de investigación básica o clínica original. Condiciones: a) texto general, hasta 5.000 palabras, incluidas las referencias; b) resumen, hasta 250 palabras; c) tablas + figuras, hasta 8; e) autores, hasta 10.

ARTÍCULOS DE REVISIÓN

Son artículos sobre temas relevantes de la especialidad solicitados por el Comité Editor a autores de reconocida trayectoria (nacionales o extranjeros). Puede ser escrito por diferentes tipos de médicos (no más de 3 autores). Condiciones: ídem Artículo Original.

EDUCACIÓN BÁSICA

Son artículos sobre el manejo racional y protocolizado de diferentes circunstancias que se presentan en la práctica diaria. Son revisados y consensuados previamente con especialistas en el tema, y se culminan con un diagrama de flujo sobre el manejo diagnóstico y terapéutico de la patología. Es

solicitado por el Comité Editor. Condiciones: a) texto general, hasta 2.500 palabras excluyendo referencias; b) resumen, hasta 150 palabras; c) tablas + figuras, hasta 6; d) referencias, hasta 20; e) autores, hasta 4.

CASO CLÍNICO

Es la descripción de un caso clínico de características inusuales, con su abordaje diagnóstico y terapéutico y su resolución final. Debe acompañarse de una breve discusión bibliográfica. Condiciones: a) texto general, hasta 1.200 palabras; b) resumen, hasta 100 palabras; c) tablas + figuras, hasta 4; d) referencias, hasta 10; e) autores, hasta 5.

¿CÓMO TRATÉ?

Bajo el título "¿Cómo traté?" los autores presentarán un caso desafiante y la descripción del tratamiento realizado. El título deberá estar incluido al comienzo del texto, por ejemplo "¿Cómo traté un aneurisma en la descendente anterior?". Luego se incluirán los nombres, apellidos, títulos y lugar de trabajo de los autores. Deberá indicarse el autor que recibirá la correspondencia, incluyendo su dirección postal y e-mail. Todos los autores deberán declarar sus conflictos de interés y, en el caso de no tenerlos, indicarlo. Texto, figuras y referencias seguirán los criterios del Caso Clínico

IMÁGENES EN INTERVENCIONISMO

Son imágenes, no necesariamente excepcionales pero sí ilustrativas, que deben ir acompañadas de una leyenda explicativa y un breve resumen de historia clínica. Condiciones: a) texto general, hasta 300 palabras; b) sólo 2 figuras originales; c) referencias, hasta 3; d) autores, hasta 5.

EDITORIALES

Son análisis y/o comentarios de temas relevantes de la especialidad o de la Cardiología General que tuviesen relación con nuestra especialidad. Siempre serán solicitados por el Comité Editor a un experto en el tema. Asimismo, pueden solicitarse comentarios sobre temas no relacionados a un artículo en particular. Condiciones: a) texto general, hasta 2.000 palabras; b) referencias, hasta 40.

CARTAS DEL LECTOR

Es una opinión sobre un artículo publicado en el último número de la revista, el cual requiere un arbitraje realizado por miembros del Comité Editor. Condiciones: a) texto, hasta 250 palabras; b) se podrá publicar una tabla y/o figura; c) referencias, hasta 5. Se aceptarán solo aquellas cartas enviadas dentro del mes de haber salido la versión impresa del número de la revista donde se publicó el artículo original.

PREPARACIÓN DEL MANUSCRITO

El artículo debe estar escrito en castellano, en un procesador de texto Word (Microsoft®) y guardado con extensión *.doc. El tamaño de la página debe ser A4 o carta, con doble espacio interlineado, márgenes de 25 mm con texto justificado y con tamaño de letra de 12 puntos tipo Ti-

mes New Roman o Arial. Las páginas se numerarán en forma consecutiva comenzando con la portada. El manuscrito (artículo original) debe seguir la estructura «IMRD», es decir, Introducción, Material y métodos, Resultados y Discusión (véanse las normas de publicación IC-MJE). Además, debe incluir Título, Resumen, Conflicto de Intereses y Bibliografía. En algunos casos es necesario agregar una Conclusión, Agradecimientos y un Apéndice. Como unidad de medida se utilizará el sistema métrico decimal, usando comas para los decimales. Todas las mediciones clínicas, hematológicas y químicas deben expresarse en unidades del sistema métrico y/o UI. Sólo se utilizarán las abreviaturas comunes, evitándose su uso en el título y en el resumen. La primera vez que se empleen irán precedidas por el término completo excepto que se trate de unidades de medida estándar.

Las tablas deben presentarse en hojas individuales, numerándose de forma consecutiva utilizando números arábigos (0, 1, 2, etc.) según el orden en que fueron citadas en el texto, con un título breve para cada una de ellas. Todas las abreviaturas de la tabla no estandarizadas deben explicarse. Las notas aclaratorias deben ir al pie de la misma utilizando los siguientes símbolos en esta secuencia: *, †, ‡, §, ¶, **, ††, ‡‡, etc.

Las figuras deben tener formato TIFF, PSD o JPEG e ir, cada una, en un archivo aparte a 300 dpi en formato final. Cada una de ellas tiene que estar numerada de forma correlativa junto a la leyenda explicativa en archivo aparte. El tamaño usual de las fotografías debe ser de 127 x 173 mm. Los títulos y las explicaciones detalladas se colocan en el texto de las leyendas y no en la ilustración misma.

Las referencias bibliográficas sólo se limitarán a citar a aquellos artículos originales directamente relacionados con el trabajo, evitándose mencionar artículos de revisión sobre el tema expuesto. Se enumerarán en las referencias de manera consecutiva con números arábigos entre paréntesis. Se incluirán todos los autores cuando sean seis o menos; si fueran más, el tercero será seguido de la expresión «, et al». Los títulos de las revistas serán abreviados según el estilo empleado en el Index Medicus. Ejemplos:

1. *Registro de Procedimientos Diagnósticos y Terapéuticos efectuados durante el periodo 2006-2007. Colegio Argentino de Cardioangiólogos Intervencionistas (CACI). Disponible en <http://www.caci.org.ar/addons/3/158.pdf>. Consultado el 01/01/2009. (Página Web.)*
2. *Magid DJ, Wang Y, McNamara RL, et al. Relationship between time of day, day of week, timeliness of reperfusion, and in-hospital mortality for patients with acute ST-segment elevation myocardial infarction. JAMA 2005;294:803-812. (Revistas en inglés.)*
3. *Aros F, Cuñat J, Marrugat J, et al. Tratamiento del infarto agudo de miocardio en España en el año 2000. El estudio PRIAMHO II. Rev Esp Cardiol 2003;62:1165-1173. (Revistas en español.)*