Sociedad Venezolana de Cirugía Plástica, Reconstructiva, Estética y Máxilofacial (SVCPREM)

Caracas - Venezuela
Telefax: (058) 2-979.7380

Junta Directiva
1998-2000

Presidente
Dr. Rafael Stoppello Mora

Vicepresidente
Dr. Guido Petit Pifano

Secretario
Dr. Antonio Del Reguero

Tesorero
Dr. Ramón Zapata Sirvent

Vocales

Dr. Miguel Angel Peluzzo
Dr. Pablo Hidalgo

Cirugía Plástica y Reconstructiva Venezolana

Editor
Dr. Ramón Zapata Sirvent

Editores Adjuntos

Dr. Rafael Stoppello Mora
Dr. Guido Petit Pifano
Dr. Antonio Del Reguero

Comité Editorial

Dr. Luis Ceballos García
Dr. Alfredo Coello
Dr. Nicomedes Fariñas
Dr. Eleazar Figallo
Dr. Roger Galindo
Dr. Pablo Hidalgo
Dr. Reinaldo Kube León
Dr. Eduardo Mayorca V
Dr. Carlos Nieto Sánchez
Dr. José Ochoa Rodríguez
Dr. José Antonio Ortiz
Dr. Rafael Soto-Matos

Administración y Artes

ATEPROCA
Telf. (582) 793.5103
Fax: (582) 781.1737
E mail: ateproca@true.net

Cirugía Plástica y Reconstructiva Venezolana

Organo oficial de la Sociedad Venezolana de Cirugía Plástica, Reconstructiva, Estética y Máxilofacial (SVCPREM)
y la
Asociación Venezolana de Quemaduras

Volumen 1 Nº 1 1999

C O N T E N I D O

Editoriales

Nace la Revista "Cirugía Plástica y Reconstructiva Venezolana"
RL Zapata Sirvent 1
Editorial del Presidente de la Sociedad Venezolana de Cirugía Plástica, Reconstructiva, Estética y Maxilofacial. R Stoppello Mora 2
Editorial del Presidente de la Asociación Venezolana de Quemaduras.
A Del Reguero 3
Algunas reflexiones y protestas. R Soto-Matos 4

Artículos Originales

Recidiva de carcinoma de mama en pacientes sometidas a reconstrucción.
G Gotera, A Hollebecq, R Paredes, JL Saboin. 6
Factores pronósticos anatomopatológicos para recidiva tumoral en reconstrucciones mamarias. G Gotera, A Hollebecq, R Paredes, JL Saboin. 10
Reconstrucción de vulva y vagina. A Pérez-Morell, M Rezic, CM Suárez, JR Troconis-Elorga, J Castro, P Palacios, F Medina. 15

Artículos de Revisión

Hipotermia en pabellón. ¿Por que debemos prevenirla? A Pérez-Morell, JS Medina, J Castro García, R Fernández. 18

Reportes de Casos Clínicos

Implantes cúpricos en el tratamiento de los hemangiomas cavernosos.
Y Oraa, MI Villanueva, RL Zapata Sirvent, N Fariñas, L Oraa, A Fariñas. 21
Hamartoma gigante de la mama. V Ayala H, C Nieto S, G Bianchi, Y Ayala R, V Ayala R. 24
Incrustación de un cuerpo extraño metálico a través del seno maxilar derecho hasta el seno etmoidal ipsilateral.
E Asta Meza, MI Villanueva R, C Nieto Sánchez. 27

Ideas e Innovaciones en Cirugía Plástica y Reconstructiva

Uso de las cintas ajustables de nylon o Tie-Rap, como alternativa para el cierre de defectos cutáneos. Estudio preliminar. Y Oraa Oraa, MI Villanueva, RL Zapata Sirvent, N Fariñas, A Fariñas, L Oraa. 29

Notas para la Historia en Cirugía Plástica

Discurso de orden en la celebración de los 40 años de la SVCPREM.
JA Ortiz. 34
Del Boletín Informativo a la Revista de la Sociedad. C Nieto Sánchez. 38
Reseña acerca de la Sociedad Internacional de Cirugía Plástica-Estética.
R Kube-León 40
CILAPAQ se cambia el traje. G Petit Pifano. 42
¿Qué hace la Sociedad ? G Petit Pifano. 43

Información Académica en Cirugía Plástica

Curriculum en Cirugía Plástica. C Nieto Sánchez 44
Creación de la Dirección de Investigación en cada Posgrado. RL Zapata Sirvent 49

Resúmenes de Tabajos Especiales de Investigación 52

Eventos Científicos Nacionales e Internacionales 56

Normas de Publicación en Cir Plast Reconstr Venez V

Miembros de la Sociedad Venezolana de Cirugía Plástica, Reconstructiva, Estética y Máxilofacial

REGIÓN CAPITAL

Miembros Titulares

Alfaro Jesús
Barreto Felipe
Brito Marín Argenis
Carlesso Jorge
Casanova D. Rafael
Castro Pimentel Luis
Certad Millan Novel
Coello C. Alfredo
Del Bianco Bruno
Del Reguero Antonio
Fariñas Nicomedes
Figallo Eleazar
Fuenmayor German
Galindo Roger
Gil Orlando
González Carlos Luis
Hollebecq Ana M.
Kube León Reinaldo
Mayorca Valery Eduardo
Narciso Luis
Nieto Sánchez Carlos
Ochoa Rodríguez José
Ortega Lara José
Oziel Marcos
Párraga de Zoghby Betty
Petit Pifano Guido
Sauce Oswaldo
Suarez Guillermo
Troconis José Rafael
Velásquez Ibrahim

Miembros Asociados

Alamanos Roberto
Aleman Mata Jesús
Alcantara León Angel
Acquatella Maxime
Arevalo Power Gustavo
Aybar Carlos
Barros Leylekian Mary
Banhamú B. Isaac
Buloz Saleh Juan José
Bracho Carlos Felipe
Cardozo Da´Silva Antonio
Castillo Carlos
Castro José
Cemborain V. Marisela
Contaris Angel
Contasti Bocco Rafael
Corzo S. Evelio
Chang Torres Roger
Chacón Castro Cesar
Chirinos Miguel Angel
De Sousa Alexis
Delgado Aristimuño Carmen
De Valdes G. Fernando
Díaz Jesús
Dow Garib
Escobar Rodríguez Ignacio
Fernández Peñuela Randolfo J.
Fernández Pereira José
Figallo Rosario
Flicki Enrique
Flores Dalia
García Del Moral Margarita
García Velasco Francisco
Grarrido Mendoza Zaida
Garroz Díaz Corina
Giménez Díaz José
Giménez Parra Zaideth
Goncalves José Carlos
Goncalvez Freitas Antonio
González Tul Alba
Gottenger Rafael
Gutiérrez Francisco
Gúzman Pedro Vicente
Hernández Eduardo
Henrique Edmundo
Hidalgo Pablo
Kaakedjian Garbis
Lau Pérez Magdalena
Lanza Carvajal Gilberto
López Gutiérrez Giovanni
Manrique Carolina
Marcano de Cuenca Rosa
Marcano Hector
Márquez Arroyo Claudio
Martelo de Florick María del Pilar
Martínez Patricia
Martínez Edgar
Meneses Pedro
Miguez Novoa Josefina
Mogollón Flores Evelyn
Montilla Velásquez José F.
Morales Bello David
Morales Trina
Morales Rivera Zulma
Morales Ruthman José F.
Morillo Sánchez Freddy
Oderiz Antonio
Ojeda Graterol Francisco
Olivares R. Juan José
Paz Alvarez Joban
Peña Angel Leonardo
Pereira Maldonado Jesús
Pérez Morel Alberto
Pierini María Rosa
PIñerúa Sonia
Polanco Fabio
Ponce Mario
Pozo de Ilukewitsch Hilda
Quispe Mario
Rada Victor
Rincones S. José Manuel
Rodríguez Blanca
Rodríguez Gaspar Alexis
Rodríguez Laprea Ismael
Rodríguez Noguera Raúl
Rodríguez Padrón Pedro
Rodríguez R. Francisco
Römer Pieretti Peter J.
Rumbos Vera Guillermo J.
Russo Salomón
Sanoja Ordoñez Ramón
Santana González Freddy
Serrano Barcenas Julio
Sifontes Gustavo
Slobodianik Correa Daniel
Sousa Gadea Ignacio C.
Soccorro Figueras Beatriz
Tenaille Andrey Jean
Terife Rojas Cecilio
Them Rosario
Urdaneta T. Carmen B.
Valente Lucio
Vásquez V. Edgar Alí
Vega M. José Bernardo
Ventura Maira
Villalobo G. Guillermo
Villamizar Rosabell
Vizcarrondo Leopoldo
Yaselli Subero David
Irausquín Elizabeth
Zapata Sirvent Ramón L.

ESTADO ANZOATEGUI

Miembros Titulares
Graterol Marisol

Miembros Asociados
Acosta Boet Mauricio
Escobar Rafael
Gómez Nuñez Hector Luis
Hernández Eduardo
Pimentel Orta José Luis
Saud Barrios Henry M.
Velásquez Campos Ana

ESTADO ARAGUA

Miembros Titulares
Ortíz José Antonio
Stoppello Mora Rafael

Miembros Asociados
Acosta de Lomeli Carolina
Alvarado Parra Olga
Capriles B. Jorge E.
Dávila Alfonso
Fuentes Martínez Juan Carlos
Guzmán Cáceres Leoncio
Lemoinet Turnier Frederic
Mata Coffi Domingo José
Ron Parra Maruschka
Seijas Carmen
Sipko Mónica
Torrealba Orlando

ESTADO BARINAS

Miembros Asociados
Peluzzo Miguel Angel
Rondón Carrero Alfredo

ESTADO BOLIVAR

Miembro Titular
Zamora Montes de Oca Celestino

Miembros Asociados
Martínez Maritza del Valle
Moncada Romero Jesús M.
Ojeda Montoya Rita A.
Saavedra María Antonieta
Zamora Valor Irma

ESTADO CARABOBO

Miembro Titular
De León Héctor

Miembros Asociados
Fernández Pereira José
García Saveli Nelson
González Oswaldo
Hallado Antonio
Medina Leghed Gregorio José
Morales Ruthman José Francisco
Moreno Angel
Paz Alvarez Carlos Yoban
Peinado Rafael
Ricca León María Lina
Russo Betancourt Roberto José

ESTADO FALCÓN

Miembros Asociados
Mago Giovanni Ramón
Vallés Sánchez Plinio Rafael

ESTADO LARA

Miembros Asociados
Alcalá Carlos Igor
Marín Pedro Alexis
Moreno García Patricio R.
Oviedo Colombo Eudomar Jesús
Lizardo Simón
Sánchez Ruben

ESTADO MERIDA

Miembros Asociados
Mussa Tobía Anibal
Santiago Crucita

ESTADO MONAGAS

Miembro Asociado
Salazar Subero Gustavo Adolfo

ESTADO NUEVA ESPARTA

Miembro Titular
Chitty Alberto

Miembros Asociados
Márquez Marcano Luis José
Ropdríguez Cova Orlando
Real Alexis

ESTADO SUCRE

Miembros Asociados
Nassar Pedro
Pereira Velásquez Jesús Antonio

ESTADO TÁCHIRA

Miembros Titulares
Benvenuto Ricardo
Jaime Martínez Carlos

Miembros Asociados
Negrón Nelson
Noguera Samuel
Rodríguez Gutiérrez Vianney
Sánchez Rojas Nestor
Villalobos Manuel Ricardo

ESTADO TRUJILLO

Miembro Asociado
Méndez Tenia Freddy Enrique

ESTADO YARACUY

Miembro Asociado
Figueredo Núñez Leyda Thais

ESTADO ZULIA

Miembros Titulares
Parejo Luis
Soto-Matos Rafael

Miembros Asociados
Acosta Jafet
Acosta Nayade
Aguilar Amilcar
Alvarado Julio
González Tul Alba
Oliveros Chaparro Cesar
Ortega Elio
Rivero Vera Teódulo Antonio
Velásquez Flores Carlos A.
Vivas Landino Daniel Enrique
Soto Granadillo Luis

CONSEJO NACIONAL SVCPREM

Dr. José Ochoa
Dr. Rafael Soto-Matos
Dr. Luis Ceballos García
Dr. Luis Parejo
Dr. Eleazar Figallo E.
Dr. Celestino Zamora
Dr. Eduardo Mayorca V.
Dr. Ibrahím Velásquez
Dr. José Ortiz
Dr. Jesús Alfaro
Dr. Jorge Carlesso
Dr. Alfredo Coello
Dr. Nicomedes Fariñas

Normas de publicación en la revista: Cirugía Plástica y Reconstructiva Venezolana (Cir Plast Reconstr Venez)

La Revista Cirugía Plástica y Reconstructiva Venezolana se publica dos (2) veces al año en los meses de marzo y septiembre y acepta artículos originales, presentaciones de casos clínicos, revisiones, editoriales, reportes breves, cartas dirigidas al editor, informaciones, y noticias.

Los trabajos serán sometidos a la revisión de dos árbitros pertenecientes al Comité Editorial, el cual se reserva el derecho de aceptar, proponer modificaciones o rechazar cualquier trabajo, notificando al autor o a los autores del mismo una vez se tome la decisión.

Todo material aceptado por la Revista pasa a ser propiedad intelectual de la misma, preservándose la autoría intelectual de quienes así lo requieran.

INSTRUCCIONES PARA EL AUTOR:

a) Resumen de los requerimientos técnicos.

- El manuscrito debe ser escrito a doble espacio.
- Comience cada apartado con una página nueva.

Secuencia:

- Página de título, autores e institución.
- Resumen y palabras claves, (español e inglés).
- Texto: Introducción, Material y Métodos, Resultados, Discusión, Conclusiones. Casos clínicos: Introducción, Caso Clínico, Discusión y Conclusiones.
- Agradecimientos.
- Referencias bibliográficas.
- Tablas (una en cada página).
- Ilustraciones: no enmarcadas, de tamaño adecuado (127 x 173 mm), no mayor de 203 x 254 mm.
- Incluir permiso para reproducir cualquier material publicado anteriormente o permiso del paciente para incluir sus fotografías (en caso de ser obvia su identificación).
- Enviar número exacto de copias exigidas por la revista.
- Guarde un juego de copias del manuscrito enviado.

b) Preparación del manuscrito.

- Utilice papel bond tamaño carta (216 x 279 mm)
- Márgenes de 2,5 cm en los cuatro bordes.
- Use doble espacio en todo el manuscrito.
- Enumere las páginas consecutivamente, comenzando con la página del título.
- Coloque el número de la página en la parte superior o inferior derecha.
- Divida el texto en: Introducción, Material y Métodos, Resultados, Discusión y Conclusiones.
- De ser posible, envíe una copia en disco de computadora de 1.4 MB, e incluya la última versión del manuscrito, el programa usado y versión. Identifique el disco con el nombre del trabajo y sus autores.

c) Consideraciones de cada apartado.

1. Página del título, autores e institución.

Esta página debe contener el título del manuscrito, el cual debe ser conciso e informativo; el nombre de los autores, su grado académico, departamento e institución en la cual se realizó el trabajo; finalmente el nombre del autor principal y dirección para solicitar separatas.

Todas las personas incluídas como **autores** deben haber participado lo suficiente y conocer completamente el trabajo de manera de aceptar responsabilidad pública.

2. Resumen y palabras clave.

Escriba en la siguiente página el resumen en español, el cual si no es estructurado debe contener 150 palabras. Si es estructurado (introducción, material y métodos, resultados y conclusiones), podrá tener 250 palabras. En este apartado debe establecer el propósito de la investigación, los procedimientos realizados, los resultados positivos, con su significancia estadística y finalmente las conclusiones más importantes. Incluya al pie de la página entre 3 y 5 palabras clave, las cuales se encuentran en el *Medical Subject Heading del Index Medicus*. La siguiente página corresponde al resumen en inglés, siguiendo de igual forma las normas del resumen en español.

3. Introducción.

Establezca el propósito del artículo, y resuma la racionalidad del estudio o de la observación practicada. Incluya en este apartado las referencias bibliográficas estrictamente pertinentes y no incluya la metodología, ni reporte resultados o conclusiones. En el párrafo final escriba claramente el propósito del estudio.

4. Metodología (material y métodos).

Describa las características relevantes de la población (edad, sexo) o animales (especie, peso, sexo), usados en el estudio. Describa minuciosamente la metodología utilizada, pruebas, aparatos, especificando la casa comercial que los fabricó y la ciudad. Incluya referencias que detallen la metodología utilizada si ésta ha sido empleada en otras publicaciones. Identifique drogas o compuestos químicos usados, mediante el nombre genérico, dosis, ruta de administración e incluya además en paréntesis el nombre comercial, laboratorio, y ciudad de elaboración. Describa si el estudio realizado es prospectivo, retrospectivo, ciego, doble ciego, aleatorio y el tipo de análisis estadístico utilizado en la muestra. En caso de estudios en pacientes puede titularse población y métodos.

En informe de casos clínicos, el texto debe contener: introducción, caso clínico, discusión y conclusiones.

Deben seguirse los principios éticos; en caso de estudios en seres humanos, describir si fue aprobado por el Comité de Etica de la institución y si cumplen con la Declaración de Helsinki (1975, 1983). No utilice el nombre de los pacientes, iniciales, o el número de historia. En el caso de animales, si el protocolo fue aprobado, y siguió la normativa establecida para el manejo de animales de experimentación.

El último aspecto de este apartado es el análisis estadístico, describa en él la metodología utilizada para el análisis de la muestra. Reporte si hubo exclusiones de pacientes o animales del estudio y explique su causa.

5. Resultados.

Presente sus resultados en forma secuencial y lógica. Resalte y resuma sólo las observaciones importantes y positivas. Utilice tablas, gráficos e ilustraciones para detallar y complementar sus resultados.

6. Discusión.

Resalte los aspectos nuevos e importantes del estudio y las conclusiones a que ha llegado. No repita resultados o describa la metodología utilizada para obtener los resultados. Incluya las implicaciones del estudio y sus resultados. Analice los resultados obtenidos por otros investigadores, a favor o en contra, así como, sus implicaciones para investigaciones futuras. Establezca relaciones entre las conclusiones y las metas del estudio. Sugiera nuevas hipótesis a ser desarrolladas y concluya sólo utilizando los principios científicos. Las recomendaciones deben ser sustentadas estadísticamente.

7. Agradecimientos.

Incluya personas que debido a su contribución ameritan un agradecimiento, pero que no justifican autoría del trabajo. Entre ellas, la ayuda técnica (recolección de datos), secretarial, financiera o contribuciones intelectuales (asesoría científica, estadística, revisión crítica del manuscrito). Deben consultarse previamente, antes de incluir su nombre en los agradecimientos.

8. Referencias bibliográficas.

Las referencias deben ser enumeradas consecutivamente en la medida que aparezcan en el texto, utilice los números arábigos en paréntesis (1,2,3,4,). Evite resúmenes de congresos como referencias, y artículos en vías de aceptación. Estudios que han sido aceptados por revistas, pero que no se han publicado todavía, incluya la palabra: en prensa. Evite las comunicaciones personales, al menos que sea vital para el manuscrito. Las referencias deben ser revisadas por los autores con el manuscrito original y no tomar los datos de otro artículo, el cual puede estar errado. Incluya un máximo de seis (6) autores y luego coloque y colaboradores; coloque el nombre abreviado de la revista; seguido del año; volumen; primera página y última página.

o **Artículos en Revistas.**

1. Vega KJ, Pina I, Krevsky B. Heart transplantation is associated with an increased risk for pancreatobiliary disease. Ann Intern Med 1996;124:980-983.

o **Artículos en Suplementos de Revistas.**

2. Payne DK, Sullivan MD, Massie MJ. Women´s psychological reactions to breast cancer. Semin Oncol 1996;23(Suppl 1):275-282.

o **Editoriales sin Autor.**

3. Cancer in South Africa [Editorial]. S Afr Med J 1994;84:15.

o **Libro.**

4. Ringsven MK, Bond D. Gerontology and leadership skills for nurses. 2nd ed. Albany (NY): Delmar Publishers; 1996.

o **Capítulo en Libro.**

5. Phillips SJ, Whisnant JP. Hypertension and stroke. In: Laragh JH, Brenner BM, editores. Hypertension: pathophysiology, diagnosis, and management. 2nd ed. New York: Raven Press; 1995. p. 465-478.

o **Proceeding o Resúmenes de Congreso.**

6. Kimura J, Shibasaki H, editors. Recent advances in clinical neurophysiology. Proceeding of the 10th Intenational Congress of EMG and Clinical Neurophysiology; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

9. Tablas.

Escriba las tablas a doble espacio, y cada una en una página aparte. Enumere las tablas consecutivamente, de acuerdo a su aparición en el texto. Coloque un título corto a cada una de ellas. No coloque líneas verticales u horizontales. Identifique las medidas estadísticas (media, desviación estándar, y error estándar de la media), coloque mediante símbolos (*, °, #, etc.) el valor p.

10. Ilustraciones o fotografías.

Entregue el número requerido de figuras exigidas. Las fotografías deben tener estilo profesional, en blanco y negro. Se recomienda en tamaño 127 x 173 mm, y no mayores de 203 x 254 mm. Las letras y símbolos deben ser lo suficientemente claros y nítidos para permitir su reducción y publicación. En lo posible las fotos no deben permitir la identificación del paciente, en caso contrario, acompañar el permiso requerido. Coloque al reverso una etiqueta, especificando el número de la figura, título corto del trabajo y primer autor. Las ilustraciones deben ser enumeradas de acuerdo a su aparición en el texto. Si la ilustración ha sido publicada anteriormente debe enviarse el permiso por escrito para su reproducción. Las fotografías a color pueden ser enviadas en diapositivas o impresas en papel. Su coste será sufragado por el autor.

11. Leyendas de las ilustraciones.

La totalidad de las leyendas deben ser escritas a doble espacio en una página aparte. Incluya en ellas cualquier explicación importante, y describa cualquier símbolo o letra en la ilustración. Especifique las unidades de medida y su escala en caso de microfotografías. Utilice en todo momento las unidades establecidas por el Sistema Internacional de Medidas (SI).

12. Recomendaciones al entregar el manuscrito:

Entregue dos (2) copias del manuscrito y un (1) juego de Ilustraciones, dirigidas al Editor de la Revista, Dr. Ramón L. Zapata Sirvent, en la sede de la Sociedad Venezolana de Cirugía Plástica y Reconstructiva. Torre del Colegio de Médicos del Distrito Federal, Piso 2, Local F-2, Avenida José María Vargas, Urbanización Santa Fe, Caracas, Venezuela.

Es **requisito fundamental** para considerar cualquier manuscrito, una carta firmada por el autor o los autores que envían el manuscrito, que especifique de forma clara y concisa en el texto el siguiente párrafo:

El trabajo titulado: ("coloque el nombre entre paréntesis"), que sometemos a consideración por el Cuerpo Editorial, para ser publicado en la Revista: "Cirugía Plástica y Reconstructiva Venezolana", es inédito, no está bajo consideración en otra revista médica, y no ha sido publicado en forma parcial o total anteriormente.

Cir Plast Reconst Venez 1999;1(1):1-5

Nace la Revista "Cirugía Plástica y Reconstructiva Venezolana"

Dr. Ramón L Zapata Sirvent

Editor

Hoy contamos con un medio científico impreso para difundir ante Venezuela y el mundo, nuestros trabajos, siendo ésta la forma académica y científica de expresar y compartir nuestras experiencias profesionales.

Es de mucho agrado, para los miembros de la Junta Directiva 1998 - 2000, convertir este gran sueño de años en realidad.

No fue fácil su inicio, y más difícil será perpetuarnos en el tiempo, si para ello no contamos con toda la comunidad de cirujanos plásticos, miembros de la Sociedad Venezolana de Cirugía Plástica, Reconstructiva, Estética y Maxilofacial, y los residentes en formación en los diferentes posgrados, universitarios o no, quienes con su contribución hagan sus aportes a la Revista Cirugía Plástica y Reconstructiva Venezolana. También es de vital importancia, la colaboración económica de las casas comerciales que se dedican a nuestra especialidad, y a las cuales agradecemos de forma sincera, su amplia colaboración a través de los años, en la realización de los eventos y congresos de nuestra sociedad. Su invalorable ayuda, mediante la compra de las páginas comerciales en la revista, garantizarán la publicación por la casa editorial y a la vez les permitirá a ellas recordarnos y presentarnos sus productos.

La Sociedad Venezolana de Cirugía Plástica, Reconstructiva, Estética y Maxilofacial, ha alcanzado una edad madura, y contamos hoy con más de 40 años, su legado es impresionante, 15 Congresos Nacionales, realizados bianualmente, 24 Encuentros de Residentes, realizados anualmente, y un sin número de cursos y reuniones periódicas, desde su nacimiento en 1956. De manera pues que existe material suficiente, para garantizar y dar inicio a nuestra revista con dos números anuales en cada volumen.

En el rediseño de los estudios de posgrado de Cirugía Plástica, de la Universidad Central de Venezuela, llevado a cabo el año pasado, se decidió establecer que los Trabajos Especiales de Investigación (TEI), fuesen presentados y defendidos en los Encuentros de Residentes, lo cual fue aprobado por la Junta Directiva de la Sociedad. Más aun, ahora estos trabajos, no quedarán circunscritos a un pequeño público, y tendrán, los autores de estos trabajos, la posibilidad de incluir en nuestra revista una copia reducida, adaptada a nuestras normas de publicación, para brindarles una mayor difusión al gran esfuerzo realizado por ellos.

No dejemos que el pesimismo nos embargue, y los invito pues a desafiarlo, preparando desde ya, sus manuscritos para el próximo número de septiembre, a comunicar sus experiencias personales, y las existentes en cada servicio o departamento. En la unión está la fuerza, unamos nuestros esfuerzos para que nuestra revista "Cirugía Plástica y Reconstructiva Venezolana", alcance y sobrepase la edad madura, en la misma forma sólida a la transitada por nuestra Sociedad Venezolana de Cirugía Plástica, Reconstructiva, Estética y Maxilofacial.

Editorial del Presidente de la Sociedad Venezolana de Cirugía Plástica, Reconstructiva, Estética y Maxilofacial

Dr. Rafael Stoppello Mora

Tengo el honor de compartir y celebrar con ustedes y con gran satisfacción, la edición del primer número de la Revista de nuestra Sociedad.

Un anhelo de muchos años y varias directivas, un proyecto que era necesario llevar a cabo con el fin de respaldar y cumplir la divulgación de nuestra prestigiosa especialidad de gran provecho, tanto para los Especialistas, como también para los Residentes de Posgrado.

Tendremos la oportunidad de publicar trabajos científicos de calidad, así como los trabajos de los premios “Dr. Antonio Rodríguez de Lima”, “Dr. Carlos Arocha Luna”, “Dr. Luis Ceballos” y “Dr. Miguel Gómez Abecia”, como un reconocimiento a tan dignos colegas.

Estoy seguro que a través de la dirección del brillante y joven cirujano plástico, el Dr. Ramón Zapata Sirvent, a quien designamos su primer Editor y la inestimable contribución del Comité Editorial, esta Revista será muy útil y positiva.

Dada la importancia de resaltar los aspectos históricos del origen de nuestra Sociedad, la Junta Directiva consideró de suma importancia la publicación del discurso de orden de los 40 años de fundada, pronunciado por el Dr. José A Ortiz Pérez, en el evento principal del programa.

Editorial del Presidente de la Asociación Venezolana de Quemaduras

Dr. Antonio Del Reguero

Presidente

Finalmente un proyecto, un sueño acariciado por unos cuantos cirujanos plásticos de nuestra comunidad y siempre abandonado por considerarlo irrealizable, inconveniente o poco necesario, se convierte en una realidad. Hoy tenemos en nuestras manos el primer número de "Cirugía Plástica y Reconstructiva Venezolana", órgano oficial de la Sociedad Venezolana de Cirugía Plástica, Reconstructiva, Estética y Maxilofacial y también de la Asociación Venezolana de Quemaduras.

Las primeras dificultades para este inicio fueron superadas debido al entusiasmo y tesón del Editor designado, Dr. Ramón Zapata Sirvent. De aquí en adelante corresponde a nuestra comunidad de Cirujanos Plásticos y Especialistas de otras ramas dedicados al problema de las quemaduras, mantener nuestra Revista con vida. El oxígeno necesario no es otro que los trabajos de todos nosotros. La mayoría de nuestros trabajos son presentados en Congresos y no suelen llegar a las páginas de una publicación con lo cual un gran esfuerzo, tiene apenas una difusión parcial y efímera y no queda nada para la referencia ulterior y menos aún para enriquecer nuestro acervo profesional. Además, se produce un gran número de repeticiones innecesarias de un mismo tema por desconocimiento de lo realizado antes.

No hay duda que en los diferentes Centros del país donde son tratados nuestros pacientes quemados, existen experiencias que merecen ser comunicadas y tomadas en cuenta. Quiero invitar a todos los que de alguna manera están relacionados con el problema de las quemaduras a que comiencen a llenar un gran vacío de nuestra práctica diaria; me refiero a la ya endémica ausencia de parámetros de referencia de nuestra propia realidad. Mediante las páginas de nuestra Revista podemos difundir el movimiento y la casuística de nuestros hospitales, tanto públicos como privados. Podemos también hacer conocer el resultado de investigaciones, clínicas o de laboratorio, contribuyendo al desarrollo científico de nuestro grupo profesional con lo cual finalmente, se obtendrá un aumento de la calidad de atención al paciente quemado y un aumento también de nuestra menguada autoestima. Todos los integrantes del Consejo Editorial de la Revista pondremos nuestro tiempo y nuestro esfuerzo al servicio de estos ideales.

Para la Asociación Venezolana de Quemaduras 1999, es el año de cosechar y de convertir los sueños en realidades. También este año verá la luz pública otro de nuestros proyectos, las Campañas de Prevención. Y en octubre cerramos nuestra gestión con el III Congreso Latinoamericano de Quemaduras y VII Congreso Venezolano. Los invitamos a inscribirse y a participar activamente.

“Algunas reflexiones y protestas”

Dr. Rafael Soto-Matos

Presidente del Capítulo Occidental

(MTSVCPREM). Expresidente SVCPREM. Miembro del Consejo Nacional de la SVCPREM.
Hospital Universitario de Maracaibo, Maracaibo, Venezuela

Agradezco a la Junta Directiva de la Sociedad Venezolana de Cirugía Plástica, Reconstructiva, Estética y Maxilofacial (SVCPREM) de incluirme en el Comité que tendrá la responsabilidad de editar nuestra Revista Científica. No recuerdo la tarea que se me asignara, pero si les aseguro que cumpliré pues se trata de una Sociedad que forma parte importante de mi vida profesional y de quien he recibido honores y distinciones muy gratos y enaltecedores.

Quienes llevarán la responsabilidad de la edición, ya deben saber lo difícil que es mantener una revista que cumpla con los objetivos de calidad, frecuencia y contenido. Debo ser positivo y aplaudir la decisión de la Junta Directiva, pues será una forma de estimular a nuestros colegas cirujanos plásticos, a escribir y sobre todo tener un órgano de difusión de sus trabajos, los cuales podrán ser conocidos en el exterior, si la revista va a tener esa proyección.

Guardando reposo en el posoperatorio de una operación muy severa de mi columna lumbosacra recibí llamadas telefónicas entre varias, la del buen amigo Guido Petit, quien me informó de los últimos acontecimientos, especialmente de los colegas O.R.L, quienes están organizando un Congreso en Caracas, donde expondrán temas de Cirugía Plástica, porque ahora no sólo operan rinoplastia, sino también ritidectomía, blefaroplastia, etc. Este intrusismo médico muy bien señalado en los Art. 22 y 23 del Código de Deontología Médica Venezolana, también se observará los Odontólogos, los Oncólogos, Cirujanos Generales, Ginecólogos, Dermatólogos y lo más grave es la existencia de numerosas “Clínicas de Belleza”, donde se realizan procedimientos médicos, inclusión de materiales, productos biológicos y de todo lo que se ha creado para “estafar” un público ignorante del daño que le pueden ocasionar.

Me parece sensato organizar un evento paralelo, sobre todo la recomendación de la sociedad dirigida a sus miembros, de abstenerse de asistir al evento programado por los colegas “invasores”.

En una ponencia sobre “Relaciones de la Cirugía Plástica con otras especialidades quirúrgicas”, que expuse en nuestro Congreso de Cirugía Plástica, organizado por el Dr. Pimentel, en Puerto La Cruz, en 1986, expresé que mucho de lo que está sucediendo en una buena parte, la culpa la tenemos nosotros, pues prestigiamos con nuestra presencia, eventos y cursos organizados por otras especialidades o bien demostrando nuestras técnicas y habilidades, a cirujanos que no tienen nada que ver con Cirugía Plástica. Naturalmente, este morbo en una Venezuela donde la corrupción, aun entre los médicos (salvo algunas excepciones), ha caído en terreno fértil y se reproduce constantemente sin medios efectivos para contenerlos. Charles Horton, eminente cirujano plástico, norteamericano, quien en varias ocasiones ha sido invitado por la SVCPREM, escribe en un prólogo, en el cual manifiesta, que las razones de esta conducta se debe: a. Para aumentar el lucro personal y b. Por un desmesurado ego profesional que lo induce a operar en campos de poca experiencia.

Es muy difícil combatir este morbo actualmente. Yo no creo que a estas alturas nos dediquemos a operar amígdalas, oídos, colecistectomías, histerectomías, etc. amparados en nuestra formación como cirujanos generales, pero la verdad es que nuestra máxima institución gremial muy raras veces nos ha apoyado. La Federación Médica Venezolana y los Colegios de Médicos, están más interesados en otras luchas. La Ley de Ejercicio de la Medicina, en su Artículo 14, actualmente vigente, podría apoyarnos en esta lucha y propongo, presentar estos problemas ante la Fiscalía General de la Nación y por su intermedio presionar a la FMV, para elaborar el Reglamento que regule el nombrado Artículo 14 y limite los campos de acción de las especialidades. Esto no es fácil conseguirlo; surgirán discusiones, pero podrán aparecer acuerdos, normas, etc. y sobre esto expreso como pensamiento no se nos señale, en las generaciones de relevo, no haber actuado firmemente en esta materia.

Una opinión muy personal dirigida a los editores. Creo que nuestra revista debe tener una sección donde se de a conocer nuestra historia como Sociedad. La nuestra es muy interesante por no decir bella. Los esfuerzos y las luchas por llevar nuestra Sociedad al nivel actual, la formación del CILAPAQ, la transformación de la Sociedad Latinoamericana en Federación Iberolatinoamericana de Cirugía Plástica, nuestros Miembros Honorarios, la secuencia de nuestros Congresos y los invitados internacionales que nos han visitado, constituyen tradición y si no se conoce no podrá existir un ejemplo para nuestras generaciones de relevo.

En el último Congreso de Quemaduras en Ciudad Bolívar, tomó asiento a mi lado un joven residente de posgrado de Cirugía Plástica, de un hospital de la capital. El residente en cuestión se dirigió a mí, más o menos en estos términos: Doctor, ¿Quién es ese señor que está hablando? ¿es cirujano plástico?, ¿es venezolano o extranjero? Mi asombro no tuvo límites. Se trataba de “Pepe” Ochoa. Digo yo entonces, ¿Es importante o no, conocer nuestra historia?

Quiero agradecer haberme invitado para escribir un editorial, y una vez más les deseo al Comité Editorial de la futura Revista Venezolana de Cirugía Plástica, el mayor de los éxitos, porque todos estamos involucrados en ello.

Cir Plast Reconst Venez 1999;1(1):6-9

Recidiva de carcinoma de mama en pacientes sometidas a reconstrucción

Dr. Gustavo Gotera G, Dra. Ana Hollebecq**, Dr. Ricardo Paredes***, Dr. José Luis Saboin***

Instituto Oncológico "Luis Razetti" , Caracas

RESUMEN

Se presenta estudio retrospectivo de la experiencia en reconstrucciones mamarias y recidiva tumoral en el Instituto Oncológico "Luis Razetti" entre los años 1990 y 1996, posterior a mastectomía por cáncer de mama. Se realizaron 44 reconstrucciones, de las cuales 38 fueron elegibles para su evaluación, pues se completó la recolección de datos y además se logró por lo menos 1 año de seguimiento. El promedio de edad fue 40,3 años. El mayor número de diagnósticos fue carcinoma ductal infiltrante en 31 casos (81,5%). Se practicó mastectomía radical modificada en 36 casos (94,7%) y mastectomía simple en 2 casos (5,2%). El tipo de reconstrucción mayormente utilizado fue TRAM en 30 casos (78,9%) y dorsal ancho en 5 casos (13,1%). El tiempo de reconstrucción promedio entre las 19 pacientes (50,0%) con intervención diferida fue 2,9 años, mientras que las restantes 19 (50,0%) fueron inmediatas. Ocurrieron 2 recidivas (5,2%) ambas en reconstrucciones diferidas ubicadas sobre los colgajos superior en un caso e inferior en el otro. La técnica y procedimiento no retardó u ocultó el diagnóstico de la recidiva. **Conclusión:** *el porcentaje de recidivas proyecta una relación aproximada de 20:1 (casos reconstruidos: recidivas) sin influencia del tipo de técnica o el tiempo de la misma, pudiendo utilizarse en forma segura cualquiera de sus variantes, previa valoración por el equipo de trabajo especialista en mamas.*

Palabras Clave: *Mamas. Cáncer. Recidiva. Reconstrucción.*

SUMMARY

A retrospective study with the experience in breast reconstruction and tumoral recidivist at the Oncological Institute "Luis Razetti" between 1990 and 1996, following a mastectomy for breast cancer, is presented. Forty four reconstructions were performed, of whom 38 were included in the evaluation for having complete information and at least 1 year of follow up. Mean age was 40.3 years. The more common diagnostic was ductal infiltrating carcinoma in 31 patients (81.5%). Radical modified mastectomy was performed in 36 cases (94.7%) and simple mastectomy in 2 cases (5.2%). The reconstruction technique more frequently used was TRAM in 30 cases (78.9%) and latissimus dorsi in 5 cases (13.1%). The mean reconstruction time for the 19 patients (50,0%) with relapsed intervention was 2.9 years, while in the remaining 19 (50.0%) it was immediate. There were 2 recidivists (5.2%), both in relapsed reconstructions, one in up flap and the other in down flap. The technique did not relapsed or occult the diagnostic of recidivist. **Conclusion:** *the percentage of recidivists presents an approximate ratio of 20:1 (reconstructed cases: recidivist) with out the influence of the technique and time of reconstruction. It is a safe procedure, in selected patients, assisted by a reliable team of breast specialists.*

Key words: *Breast. Cancer. Recidivist. Reconstruction.*

INTRODUCCIÓN

La evolución de los procedimientos quirúrgicos así como su indicación en carcinoma de mama, ha tenido como denominador común en los últimos 30 años, su rápida evolución y la imposibilidad a este ritmo de predecir con exactitud cuáles serán las medidas corrientes de oncoterapia en los 5 años futuros (1). Paralelo a ello ha surgido especial interés en la integridad anatomo-estructural y psicológica de las pacientes mastectomizadas, evolucionando en técnicas reconstructivas, desde las prótesis mamarias de silicones y expansores de tejidos (2), hasta el desarrollo de colgajos arteriolizados mio o fasciocutáneos (3,4).

Esta conjunción de elementos, así como la aparición de tendencias cada vez más conservadoras en el tratamiento integral del cáncer de mama (5), sin olvidar el otro extremo de la cadena, como lo es la mastectomía radical, nos lleva a un rango operativo donde el objetivo es estético-psicológico con solución oncológica del ente neoplásico inicial, generalmente a través de la reconstrucción mamaria pos mastectomía (6).

La creciente necesidad de mejorar los resultados finales, así como el costo beneficio de los procedimientos quirúrgicos en general, ha llevado a plantear la posibilidad de introducir como estándar en reconstrucciones mamarias

* Residente Cirugía Oncológica IOLR.
** Adjunto Cirugía Plástica IOLR.
*** Adjunto Servicio Mamas IOLR.

las inmediatas como alternativa más viable, sin dejar de aceptar la incuestionable validez probada por el tiempo de las diferidas (7,8).

Sin duda, la decisión de qué hacer y cuándo hacerlo, queda en manos y responsabilidad de un grupo o equipo de trabajo conformado por cirujanos, oncólogos, radioterapeutas y patólogos, sin olvidar la decisión y consentimiento del paciente. Una vez entendidas las posibilidades y perspectivas que ello acarrea (9), queda de parte del cirujano plástico en consenso con el grupo de especialistas, la programación de acuerdo a la condición de cada paciente, proponiendo alternativas y actúe en forma directa en el control y evolución perioperatoria, teniendo a mano la capacidad de realizar correcciones adecuadas en caso de producirse alguna complicación (10); es esencial que esta participación ocurra desde el comienzo de la atención del paciente (11,12).

MATERIALES Y MÉTODOS

Se efectuó revisión de las historias clínicas de 38 pacientes, en quienes se practicó reconstrucción mamaria posterior a mastectomía por cáncer de mama, que cumplieron el requisito de por lo menos 1 año de seguimiento en el Instituto Oncológico "Luis Razetti", entre los años 1990 y 1996.

Se analizaron variables correspondientes al paciente como: la edad y lugar de aparición de la lesión, tumor (tipo histológico y estadio clínico), tratamiento (tipo de intervención, reconstrucción y tiempo de la misma), así como los factores pronósticos y el tratamiento adyuvante.

Fueron excluidos todos los pacientes con menos de 1 año de operados, así como aquellos en los que no se pudo completar formato de recolección de datos, por falta de información.

RESULTADOS

Variables paciente: del total de pacientes, el promedio de edad fue 40,3 años, con rango comprendido en 17 y 60 años. La mama derecha fue afectada en 20 oportunidades (52,6%), mientras que la izquierda fue 18 veces (47,3%).

Variables tumor: el tumor fue identificado como ductal infiltrante en 31 casos (81,5%), ductal *in situ* en 4 casos, así como *Phyllodes* en 3 casos para 10,5 y 7,8% respectivamente, asimismo el estadio clínico fue 0 (cero) en 4 casos (10,5%), I en 2 casos (5,2%), IIA en 8 casos (21,0%), IIB en 8 casos (21,0%), IIIA en 8 casos (21,0%), IIIB en 5 casos (13,1%), y *Phyllodes* en 3 casos (7,8%) .

Variables tratamiento: el tipo de intervención más efectuado fue mastectomía radical modificada en 36 casos (94,7%), y mastectomía total simple en 2 casos (5,2%), mientras que el tipo de reconstrucción fue TRAM en 30 casos (78,9%), dorsal ancho en 5 casos y prótesis en 3 casos (13,1% y 7,8%) respectivamente. El tiempo de reconstrucción varió entre 1 y 7 años con promedio de 2,9 años.

Variables pronósticas: con respecto a los ganglios, la información fue disponible en 29 casos de los cuales 18 fueron positivos (47,3%) con promedio por vaciamiento de 10,6 y de estos el promedio de número de ganglios positivos fue 3,8. Se presentaron ganglios negativos en 11 casos (28,9%) con promedio de 11,2 por vaciamiento negativo.

Reconstrucciones mamarias
Instituto Oncológico "Luis Razetti"
1990-1996
Número y % de pacientes

Edad (años)	Número	%
<20	1	2,6
20-30	4	10,5
31-40	13	34,2
41-50	11	28,9
51-60	9	23,6
Total	38	100

Tipo histológico

Edad (a)	D.INF	D.IS	PHY	Total
<20	1	-	-	1
20-30	2	-	2	4
31-40	12	-	1	13
41-50	11	-	-	11
51-60	5	4	-	9
Total	31	4	3	38
	81,5%	10,5%	7,8%	100%

Estadio clínico

Edad (a)	0	I	IIA	IIB	IIIA	IIIB	PHY	T
<20	-	-	-	-	1	-	-	1
20-30	-	-	1	1	-	-	2	4
31-40	-	-	5	2	3	2	1	13
41-50	-	1	1	4	3	2	-	11
51-60	4	1	1	1	1	1	-	9
Total	4	2	8	8	8	5	3	38

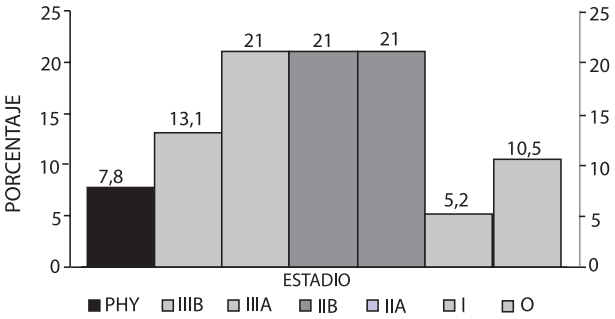


Figura 1. Reconstrucciones mamarias (Estadio clínico). Instituto Oncológico "Luis Razetti". 1990-1996.

Diagnóstico e Intervención

Edad (a)	MD	MI	MRM	MTS
<20	1	-	1	-
20-30	1	3	3	1
31-40	7	6	13	-
41-50	7	4	11	-
51-60	3	6	8	1
Total	19 50,0%	19 50,0%	36 94,7%	2 5,2%

Ganglios y Receptores

Edad (a)	G+	G-	ND	RE+	Re-	ND
<20	1	-	-	-	-	1
20-30	1	1	2	1	1	2
31-40	8	2	3	10	1	2
41-50	4	5	2	7	1	2
51-60	4	3	2	3	3	3
Total	18 47,3%	11 28,9%	9 23,6%	21 55,2%	6 18,4%	11 28,9%

Adyuvancia

Edad (a)	QT+	QT-	RT+	RT-	TAM+	TAM-
<20	1	-	1	-	-	1
20-30	2	2	2	2	1	3
31-40	12	1	12	1	7	6
41-50	10	1	11	-	7	4
51-60	5	4	5	4	4	5
Total	30 78,9%	8 21,0%	31 81,5%	7 18,4%	19 50,0%	19 50,0%

Tiempo de reconstrucción

Edad (a)	INM	<la	1-2a	3-4a	>4a	T
<20	1	-	-	-	-	1
20-30	2	-	-	2	-	4
31-40	9	-	3	1	-	13
41-50	4	-	2	2	3	11
51-60	3	-	4	1	1	9
Total	19 50,0%	0 0,0%	9 23,6%	6 15,7%	4 10,5%	38

Tipo de reconstrucción

Edad (a)	TRAM	Dorsal	Prótesis	Total
<20	-	1	-	1
20,30	1	1	2	4
31-40	12	1	-	13
41-50	9	2	-	11
51-60	8	-	1	9
Total	30 78,9%	5 13,1%	3 7,8%	38 100%

Características de recidivas

Edad	39a	35a
DX	CaMI	CaMD
Estadio	IIA	IIIA
Tipo Hist.	D.INF	D.INF
Intervenc.	MRM	MRM
QT	Si	Si
RT	Si	Si
Tamoxifén	Si	Si
Ganglios	ND	4/12
RE	+	+
Reconstr	Inmed	Inmed
Tipo	TRAM	TRAM
Recidiva	Si	Si
Tiempo rec	6meses	11meses
Lugar rec	Piel sup	Piel inf

No se dispuso de la información en 9 casos (23,6%). Los receptores estrogénicos fueron positivos en 21 casos (55,2%), negativos en 6 casos (18,4), y no disponible en 11 casos (28,9%).

Adyuvancia y neoadyuvancia: se realizó quimioterapia en 30 pacientes (78,9%), y radioterapia en 31 casos (81,5%); el resto respectivo no recibió tratamiento quimiorradiante. Se administró tamoxifén en 19 casos (50,0%), y no se administró o no se cumplió en 19 casos (50,0%).

Recidiva: se presentó recidiva locorregional del cáncer de mama en 2 casos (7,6%), a los 6 y 11 meses, en estadios IIA y IIIA, a los 39 y 35 años respectivamente. No hubo metástasis a distancia. Ambas recidivas ocurrieron en reconstrucciones inmediatas de tipo TRAM, ductales infiltrantes y con esquema quimiorradiante más tamoxifén completos. El sitio de recidiva fue la piel del colgajo superior en un caso y el inferior en el otro. La reconstrucción no ocultó ni condicionó o retardó el diagnóstico de la recidiva.

CONCLUSIONES

De las 10 340 intervenciones quirúrgicas realizadas entre los años 1990 y 1996, en el Instituto Oncológico "Luis Razetti", 2 426 (23,4%) ocurrieron en la esfera mamaria, de los cuales 751 (30,9%) fueron mastectomías radicales modificadas, y solamente 44 casos de estos (5,8%), fueron reconstruidas. Todo parece indicar que a pesar de las consabidas bondades psico-fisiológicas de la reconstrucción mamaria pos mastectomía (independientemente del tiempo de la misma), el número de éstas es muy baja al compararse con la globalidad de las intervenciones, tal vez porque convergen 3 factores: idiosincracia-cultural, costo-beneficio hospitalario e infraestructura

A pesar de la corta estadística hasta ahora acumulada en nuestra institución, no encontramos razón para negarse a la posibilidad del procedimiento en cualquiera de sus variantes y adaptarla al caso cuando así se requiera y sea discutido y aprobado por el equipo de especialistas en mamas.

Al proyectarse la relación aproximada de 20: 1 (casos reconstruidos: recidiva), concluimos en que estamos en presencia de un método seguro, con riesgo razonablemente aceptable de recidiva, y que no oculta o difiere su diagnóstico, inclinándonos particularmente por reconstrucción inmediata, debido a la disminución de costos institucionales y beneficios psicobiológicos de la paciente.

Debe procurarse un programa de información y selección de pacientes, para adaptar la realidad socio-económica y a los recursos existentes, mientras se consigue ampliación del programa y generalización del procedimiento.

REFERENCIAS

1. Cadi B, Bland K. Prefacio de las clínicas quirúrgicas de Norteamérica: Cáncer mamario. Estrategias para el decenio de 1990. Parte II. Editorial Interamericana 1990;5 P 1203.
2. Radovan C. Breast reconstruction after mastectomy using temporary expander. Plast Reconstr Surg 1981;69:195-201.
3. Mc Craw J, Dibell D, Carraway J. Clinical definition of independent myocutaneous vascular and territories. Plast Reconstr Surg 1977;60:341-349.
4. Mathes S, Nahay F. Latissimus dorsi and rectus abdominis. Clinical atlas of muscles and musculocutaneus flaps. St. Louis. Mosby 1979.
5. Vera A, Vera R, Urdaneta R. Tratamiento preservador del cáncer mamario precoz. Editorial Universidad Central del Venezuela 1988.
6. Troconis J. Reconstrucción mamaria post mastectomía. Rev Venez Oncol 1990;2:7-13.
7. Baley M. Immediate breast reconstruction. Reducing the risks. Plast Reconstr Surg 1989;83:845-850.
8. Wond J. Immediate breast reconstruction with tissue expansion. Plast Reconstr Surg 1997;80:559-565.
9. Goldberg P. Phychological considerations in breast reconstructions. Ann Plast Surg 1984;13(1):37-44.
10. Hernández Muñoz G. Avances en Mastología. Chile: Editorial Universitaria, 1992. p 335.
11. Bostwick J. Reconstrucciones después de mastectomías. Clin Quirurg North Am 1990;5(1):1135-1150.
12. Bostwick J. Breast reconstruction after. Mastectomy. Plastic Reconstr Surg 1978;61:682-689.

Cir Plast Reconst Venez 1999;1(1):10-14

Factores pronósticos anatomopatológicos para recidiva tumoral en reconstrucciones mamarias

Dr. Gustavo Gotera G, Dra. Ana Hollebecq**, Dr. Ricardo Paredes***, Dr. José Luis Saboin***

Instituto Oncológico "Luis Razetti", Caracas

RESUMEN

Estudio retrospectivo de la experiencia en reconstrucciones mamarias y la recidiva de lesiones malignas, sobre el área operada, en el Instituto Oncológico "Luis Razetti" entre los años 1990 y 1996, posterior a mastectomía por cáncer de mama. Se realizaron 44 reconstrucciones, de las cuales 38 fueron elegibles para su evaluación, pues se completó la recolección de datos y además se logró por lo menos 1 año de seguimiento. Se analizaron los factores pronósticos inherentes a la paciente y al tumor. El promedio de edad fue 40,3 años. Se practicó mastectomía radical modificada en 36 casos (94,7%) y mastectomía simple en 2 casos (5,2%). El tiempo de reconstrucción promedio entre las 19 pacientes (50,0%) con reconstrucciones diferidas fue 2,9 años, mientras que las restantes 19 (50,0%) fueron inmediatas. Al evaluarse el tamaño de la lesión primaria, el 44% (17 casos) fueron T3 y 39,4% (15 casos) fueron T2. El grado nuclear e histológico fue II en 68,4% (26 casos) y 63,1% (24 casos) respectivamente. Los márgenes fueron negativos en todas las intervenciones. La infiltración linfovascular, reacción estromal y necrosis tumoral fue positiva en 10,5%, 7,8% y 23,6% respectivamente. El 76,3% de los casos (29 pacientes) eran premenopáusicas y 9 pacientes (23,6%) posmenopáusicas. Ocurrieron 2 recidivas (5,2%) correspondiendo a estadios IIa y IIIa, con edades de 39 y 35 años respectivamente. **Conclusión:** *los factores pronósticos para recidiva en pacientes reconstruidas, son iguales que para las no reconstruidas.*

Palabras clave: *Mastectomía. Recidiva. Reconstrucciones. Factores pronósticos.*

SUMMARY

Retrospective study with the experience in breast reconstruction and tumoral recidivist of malignant lesions on the intervened area at the Oncological Institute "Luis Razetti" between 1990 and 1996, following a mastectomy for breast cancer. Forty four reconstructions were performed, of whom 38 were included in the evaluation for having complete information and at least 1 year of follow up. Prognostic factors from patient and tumor were analyzed. Mean age was 40.3 years. Radical modified mastectomy was performed in 36 cases (94.7%) and simple mastectomy in 2 cases (5.2%). The mean reconstruction time for the 19 patients (50.0%) with relapsed intervention was 2.9 years, while in the remaining 19 (50.0%) it was immediate. Tumor size of primary lesion in 44% (17 cases) was T3 and in 39.4% (15 cases) were T2. Nuclear and histological grade was II in 68.4% (26 cases) and 63.1% (24 cases) respectively. Surgical margins were negatives in all cases. Lymphovascular permeation, stromal reaction and tumor necrosis were positive in 10.5%, 7.8% and 23.6% respectively. There were 29 premenopausal women (73.3%) and 9 posmenopausal patients (23.6%). There were 2 recidivists (5.2%), stages IIa and IIIa, with ages of 39 and 35 years respectively. **Conclusion:** *the prognostic factors for recidivist in reconstructed patients, are the same than the ones for non reconstructed patients.*

Key words: *Mastectomy. Recidivist. Reconstructions. Prognostic factors.*

INTRODUCCIÓN

El problema y consideración económica en nuestra realidad sociocultural, ha conllevado a una serie de eventos que nos han permitido asomarnos y de alguna manera participar en los últimos tres decenios, en la imposibilidad de establecer una expectativa fija en cuanto a la oncoterapia (1), ya que el ritmo acelerado de sus variaciones no permite más que una constante modificación de criterios, en base a la inagotable investigación y aparición de verdades relativas. Como ejemplo en reconstrucciones, tenemos la evolución desde la mastectomía simple y los expansores, hasta los colgajos arteriolizados (2-4) condicionados estos a los factores pronósticos y expectativa de vida de las pacientes; si profundizamos en situaciones más complejas que el mero hecho mecánico-quirúrgico, y profundizamos la aseveración de quién es el paciente que debe ser tratado y cuál no (5), encontramos una gama tan grande de alternativas, que originan super especialidades como la mastología, dentro de la cual las reconstrucciones pos mastectomías, surgen con impetuosa importancia para

* Residente Cirugía Oncológica IOLR.
** Adjunto Cirugía Plástica IOLR.
*** Adjunto Servicio Mamas IOLR.

completar el tratamiento integral del carcinoma mamario (6), con la consabida bondad estético-psicológica del paciente (7). Decidir inmediata Vs tardía, también se constituye en un hecho de vital importancia (8,9). El concepto de equipo integrado por cirujanos, patólogos, oncólogos, médicos y radioterapeutas, se perfila como una garantía para la más cercana decisión ajustada a la realidad (10,11).

Como factores determinantes al igual que el equipo humano, lo son los factores pronósticos personales, constitucionales, genéticos y tumorales, dentro de estos la orientación actual más importante es hacia los marcadores bioquímicos (12-15), y mucho más importante en nuestro medio por la realidad económica, los factores pronósticos anatomopatológicos (16-24), sin olvidar la relevancia pronóstica del estado ganglionar como gran protagonista en nuestro caso y nuevamente condicionado por el estigma monetario-rentabilidad, se orientan esfuerzos hacia estos últimos para tratar de lograr un perfil nativo-criollo de factores pronósticos, y de esa forma ayudar a resolver el dilema de quién y cuándo es susceptible a determinados procedimientos.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se efectuó revisión de las historias clínicas de 38 pacientes, en quienes se practicó reconstrucción mamaria posterior a mastectomía por carcinoma de mama, que cumplieron con el requisito de por lo menos 1 año de seguimiento pos reconstrucción, en el Instituto Oncológico “Luis Razetti”, entre los años 1990-1996.

Fueron excluidos todos los pacientes con menos de 1 año de evolución posoperatoria reconstructiva, así como aquellos en los que no se pudo completar el formato de recolección de datos por falta de información. Se analizaron por grupos etáreos las variables en forma independiente, correspondientes a factores de riesgo del paciente y del tumor, con individualización de los mismos en los casos de recidiva. Para la recolección de datos de información anatomopatológica, se asumió que la no descripción de la variable corresponde a ausencia de la misma.

RESULTADOS

Del total de pacientes estudiados —38—, el promedio de edad fue 40,3 años, con rango comprendido entre 17 y 60 años.

Variables tumor: la lesión fue idenficada como ductal infiltrante en 31 casos (18,5%), ductal *in situ* en 4 casos así como *Phyllodes* en 3 casos para un total de 10,5% y 7,8% respectivamente. El tamaño del tumor fue T1 en 6 casos (15,7%), T2 en 15 casos (39,4%) y T3 en 17 casos (44,7%).

Variables tratamiento: el tipo de intervención más efectuado fue mastectomía radical modificada en 36 casos (94,7%), y mastectomía simple en 2 casos (5,2%). La reconstrucción fue tipo TRAM en 30 casos (78,9%), dorsal ancho en 5 casos, y prótesis en 3 casos para un total de 13,1 y 7,8% respectivamente; el tiempo de reconstrucción varió entre 1 y 7 años con promedio de 2,9 años para 19 pacientes (50%) mientras que las 19 restantes (50%) fueron inmediatas. Se completó tratamiento adyuvante y neoadyuvante con quimioterapia en 30 pacientes (78,9%) y radioterapia en 31 pacientes (81,5%). Se administró tamoxifén en 19 casos (50,0%), y no se administró o no se cumplió en 19 casos (50,0%).

Variables anatomopatológicas: el grado nuclear e histológico fue 1 en 4 y 10 pacientes para 10,5% y 26,3% respectivamente, grado II en 26 y 24 pacientes para 68,4% y 63,1%, y grado III en 8 casos para grado nuclear (21,0%), así como 4 casos (10,5%) para grado histológico. La infiltración linfovascular ocurrió en 4 casos (10,5%), mientras que los márgenes quirúrgicos fueron negativos en 100% de los casos. La reacción estromal fue negativa en 35 pacientes (92,1%) así como la necrosis tumoral estuvo presente en 9 casos (23,6%). Hubo invasión a piel en 12 casos (31,5%) de los pacientes. La condición menopáusica fue positiva en 9 casos (23,6%) mientras que las premenopáusicas fueron 29 casos (76,3%).

Características recidivas: ocurrió en 2 casos (5,2%) a los 6 y 11 meses pos reconstrucción, perteneciendo a los estadios clínicos IIA y IIIA respectivamente ambas recidivas fueron locorregionales sobre los colgajos, sin que ello haya diferido o retardado su diagnóstico. En ambos casos la reconstrucción fue inmediata con técnica de tipo TRAM, ductales infiltrantes

con esquema quimiorradiante más tamoxifén completos. El grado nuclear e histológico fue II para ambos, con tamaño tumoral de 5 y 8 centímetros respectivamente. La infiltración linfovascular fue positiva y los márgenes quirúrgicos negativos en los dos casos. La condición hormonal fue premenopáusica sin invasión a piel para los dos pacientes. No se reportó reacción estromal en ninguna. La condición ganglionar no fue reportada en el primer caso y 4/12 ganglios positivos en el segundo.

Ganglios y receptores

Edad (a)	G+	G-	ND	RE+	RE-	ND
<20	1	-	-	-	-	1
20-30	1	1	2	1	1	2
31-40	8	2	3	10	1	2
41-50	4	5	2	7	1	3
51-60	4	3	2	3	3	3
Total	18	11	9	21	6	11
	47,3%	28,9%	23,6%	55,2%	18,4%	28,9%

Tiempo de reconstrucción

Edad (a)	INM	<1a	1-2a	3-4a	>4a	T
<20	1	-	-	-	-	1
20-30	2	-	-	2	-	4
31-40	9	-	3	1	-	13
41-50	4	-	2	2	3	11
51-60	3	-	4	1	1	9
Total	19	0	9	6	4	38
	50,0%	0,0%	23,6%	15,7%	10,5%	

Recidiva y tiempo

Edad (a)	Recidiva	Tiempo
<20	-	-
20-30	-	-
31-40	2	6 y 11 meses
41-50	-	-
51-60	-	-
Total	2	prom. 9 meses
	5,2%	

Tamaño

Edad (a)	T1	T2	T3	T
<20	-	-	1	1
20-30	1	1	2	4
31-40	1	5	7	13
41-50	1	5	5	11
51-60	3	4	2	9
Total	6	15	17	38
	15,7%	39,4%	44,7%	100%

Grado nuclear

Edad (a)	I	II	III	T
<20	-	1	-	1
20-30	-	3	1	4
30-40	2	9	2	13
41-50	1	9	1	11
51-60	1	4	4	9
Total	4	26	8	38
	10,5%	68,4%	21,0%	100%

Grado histológico

Edad (a)	I	II	III	T
<20	-	1	-	1
20-30	1	3	-	4
31-40	4	7	2	13
41-50	3	7	1	11
51-60	2	6	1	9
Total	10	24	4	38
	26,3%	63,1%	10,5%	100%

Infiltración linfovascular

Edad (a)	Positivo	Negativo	T
<20	-	1	1
20-30	1	3	4
31-40	1	12	13
41-50	1	10	11
51-60	1	8	9
Total	4	34	38
	10,5%	89,4%	100%

Márgenes

Edad (a)	Positivos	Negativos	T
<20	-	1	1
20-30	-	4	4
31-40	-	13	13
41-50	-	11	11
51-60	-	9	9
Total	0 0%	38 100%	38 100%

Reacción estromal

Edad (a)	Positiva	Negativa	T
<20	-	1	1
20-30	1	3	4
31-40	1	12	13
41-50	1	10	11
51-60	-	9	9
Total	3 7,8%	35 92,1%	38 100%

Necrosis tumoral

Edad (a)	Positiva	Negativa	T
<20	1	-	1
20-30	2	2	4
31-40	3	10	13
41-50	2	9	11
51-60	1	8	9
Total	9 23,6%	29 76,3%	38 100%

Invasión piel

Edad (a)	Positiva	Negativa	T
<20	-	1	1
20-30	1	3	4
31-40	2	11	13
41-50	5	6	11
51-60	4	5	9
Total	12 31,5%	26 68,4%	38 100%

Menopausia

Edad (a)	Positiva	Negativa	T
<20	-	1	1
20-30	-	4	4
31-40	-	13	13
41-50	1	10	11
51-60	8	1	9
Total	9 23,6%	29 76,3%	38 100%

Características de recidivas

Edad	39a	35a
DX	CaMI	CaMD
Estadio	IIA	IIIA
Tipo Hist.	D.Inf	D.Inf
Intervenc.	MRM	MRM
QT	Si	Si
RT	Si	Si
Tamoxifén	Si	Si
Ganglios	ND	4/12
RE	+	+
Reconst.	Inmed.	Inmed.
Tipo	TRAM	TRAM
Recidiva	Si	Si
Tiempo Rec.	6 meses	11 meses

Características de recidivas

Grado nuclear	II	II
Tamaño	5 cm	8 cm
Grado histológico	II	II
Infil. linfo-vasc	Si	Si
Márgenes	Neg	Neg
Reacción estromal	Si	Neg
Necrosis tumoral	Neg	Si
Invasión piel	Neg	Neg
Menopausia	Neg	Neg

CONCLUSIONES

A pesar de la corta estadística que reúne las condiciones mínimas necesarias para ser estudiada y seguida en reconstrucciones mamarias pos mastectomías por tumores de mamas en el Instituto Oncológico “Luis Razetti”, en los últimos años, existe una creciente

tendencia a otorgarle la importancia consabida a este procedimiento, creándose condiciones adecuadas para multidisciplinariamente escoger, programar, realizar y seguir a los pacientes susceptibles al beneficio de las reconstrucciones.

Sólo durante el año 1997, se han realizado en la institución 9 reconstrucciones, lo cual equivale aproximadamente a la tercera parte de las realizadas en los 7 años anteriores. Queda como tarea, ampliar la información hasta ahora obtenida, para poder realizar análisis de significancia estadística valederos, y de esa forma escoger en base a los factores de riesgo de recidiva y expectativa de vida de los pacientes, los candidatos al procedimiento, mientras logra imponerse como alternativa común en los procedimientos radicales en mamas.

Podemos concluir en este momento, en que del heterogéneo grupo de pacientes reconstruidos en la institución, la presencia de sólo 2 recidivas (5,2%) justifica los esfuerzos realizados, que los mismos factores anatomopatológicos que condicionan el pronóstico para recidiva general se aplican a los pacientes reconstruidos, y que el procedimiento no oculta o retarda el diagnóstico de las recidivas.

REFERENCIAS

1. Cady B, Bland K. Prefacio de las clínicas quirúrgicas de Norteamérica: Cáncer mamario. Estrategia para el decenio de 1990. Parte II. México: Editorial Interamericana 1990;5, p.11.
2. Radovan C. Breast reconstruction after mastectomy using temporary expander. Plast Reconst Surg 1981;69:195-201.
3. McCraw J, Dibell D, Carraway J. Clinical definition of independent myocutaneous vascular and territories. Plast Reconstr Surg 1977;60:341-349.
4. Mathes S, Nahay F. Latissimus dorsi and rectus abdominis. Clinical atlas of muscles and musculocutaneus flaps. St. Louis. Mosby 1979.
5. International Breast Cancer Study Group: Prognostic importance of occult axillary lymph node micrometastasis from breast cancer. Lancet 1990;335:1565-1568.
6. Vera A, Vera R, Urdaneta R. Tratamiento preservador del cáncer mamario precoz. Editorial Universidad Central de Venezuela 1988.
7. Troconis J. Reconstrucción mamaria post mastectomía. Rev Venez Oncol 1990;2:7-13.
8. Baley M. Immediate breast reconstruction. Reducing de risks. Plast Reconstr Surg 1989;83:845-850.
9. Wond J. Immediate breast reconstruction with tissue expansion. Plast Reconstr Surg 1987;80:559-565.
10. Goldberg P. Phychological considerations in breast reconstructions. Ann Plast Surg 1984;13(1):37-44.
11. Hernández Muñoz G. Avances en mastología. 1era. Edic. Editorial Universitaria Chile 1992 p. 359.
12. Bostwick J. Reconstrucciones después de mastectomías. Clín Quir North Am 1990;5:1135-1150.
13. Bouzubar N. Inmunostaining in primary breast cancer: Pathological and clinical associations. Br J Cancer 1989;59(6):943-947.
14. Kelsten ML. Analysis of C-Erb-2 protein expresion in conjunction with DNA content using multiparametrer flow cytometry. Cytometry 1990; 11(4):522-532.
15. Walker RA. An evaluation of inmunoreactivity for C-Erb-2 protein as a marker of poor short-term prognosis in breast cancer. Br J Cancer 1989; 60(3):426-429.
16. Harris JR. The use of pathologic features in selectig the extent of surgical resection necessary for breast cancer patients treated by primary radiation therapy. Ann Surg 1985;20:164-168.
17. Hermann RE. Results of conservative operations for breast cancer. Arch Surg 1985;120:746-750.
18. Hutter RV. The role of pathologist in breast cancer management. Cancer 1990;66(6):1367-1372.
19. Jotti GS. Prognostic factors in resectable breast cancer. Semin Oncol 1989;18(2):53-57.
20. Kinne DW. Staging and follow up of breast cancer patients. Cancer 1991;67(4):1196-1198.
21. Leong AS. Prognostic parameters in breast cancer. Pathology 1990;21(3):169-175.
22. Macellari G. Cancer of the breast prognostic factors. Surgery 1989;44(12):1659-1663.
23. Page DL. Prognosis and breast cancer. Recognition of lethal and favorable prognostic types. Am J Surg Pathol 1991;15(4):334-349.
24. Rosen PP. Are prognostic factors for local control of breast cancer treated by primary radiotherapy significant for patients treated by mastectomy. Cancer 1986;57:1415-1420.

Cir Plast Reconst Venez 1999;1(1):15-17

Reconstrucción de vulva y vagina

Dr. Alberto Pérez-Morell, Dr. Marcos Rezic**, Dra. Carmen M Suárez**, Dr. José R Troconis-Elorga*, Dr. Jorge Castro*, Dra. Priscilla Palacios***, Dr. Francisco Medina****

Hospital Oncológico "Padre Machado", Caracas.

RESUMEN

Objetivo: Presentar la experiencia en la reconstrucción de la vulva y la vagina con diferentes procedimientos.
Ambiente: Servicio de Cirugía Plástica y Ginecología. Hospital Oncológico "Padre Machado". Caracas.
Métodos: Se presenta la experiencia del trabajo en equipo en la reconstrucción de 19 pacientes, entre enero de 1988 y diciembre de 1996, con colgajos locales, colgajo músculo-cutáneo de gracilis y el colgajo fascio-cutáneo neurovascular pudendo.
Resultados: Dieciseis pacientes con enfermedad en la vulva y 3 en la vagina. Se utilizaron colgajos locales en 4 pacientes, colgajos de músculo gracilis en 6 pacientes y colgajos pudendos en 9 pacientes.
Conclusiones: El colgajo fascio-cutáneo neurovascular pudendo es un colgajo axial, delgado, fácil de manipular, seguro, con filetes sensitivos del nervio labial posterior, por ello lo utilizamos de primera opción en este tipo de reconstrucción.

Palabras clave: *Reconstrucción de vulva. Reconstrucción de vagina.*

SUMMARY

Objective: To present our experience in vulvar and vaginal reconstruction with different procedures.
Sitting: Departments of Plastic Surgery and Gynecology. "Padre Machado" Oncology Hospital. Caracas.
Methods: The experience as a team work in the reconstruction of 19 patients between January 1988 to December 1996 with local flaps, gracilis myocutaneous flap and neurovascular pudendal fasciocutaneous flap is presented.
Results: Sixteen patients had vulvar disease and 3 had vaginal disease. Reconstruction techniques included local flaps in 4 patients, gracilis myocutaneous flap in 6 patients and pudendal flap in 9 patients.
Conclusions: The pudendal neurovascular fasciocutaneous flap, is thin, easy to manipulate, safe, with sensitive branches of the posterior labial nerve. It is our first option in this type of reconstruction.

Key words: *Vulvar reconstruction. Vaginal reconstruction.*

INTRODUCCIÓN

Los grandes defectos en el periné representaron un problema casi imposible de resolver para el cirujano reconstructivo hasta que se desarrollaron colgajos miocutáneos confiables para el periné y la pelvis (1).

La reconstrucción de una vagina que fuera funcional luego de una vaginectomía, era un problema no resuelto quirúrgicamente para principios de la década de los setenta. John McCraw en 1976 (2) publica su trabajo sobre reconstrucción vaginal con el colgajo músculo-cutáneo del recto interno del muslo o músculo gracilis. A pesar de que la resección abdomino perineal y la exenteración total pélvica a menudo ofrecían la mejor erradicación del tumor, los pacientes quedaban con grandes defectos. Presentaban como secuelas, largos períodos de curación con una función vaginal nula o inadecuada (2).

La reconstrucción ideal debe proveer una restitución anatómica inmediata con cierre directo del área donante al momento de la remoción del tumor (1).

El colgajo músculo cutáneo del recto interno del muslo o gracilis, hizo posible la reparación pélvica y perineal permitiendo la reconstrucción inmediata vaginal luego de la excenteración pélvica en la mitad de los años setenta (1).

En 1989 el Dr. Wee (3) publica una nueva técnica para reconstrucción de la vagina con el colgajo fasciocutáneo neurovascular pudendo, basado en las arterias labiales posteriores y

* Cirujano Plástico. Servicio de Cirugía Plástica.
** Cirujano General. Residente del Posgrado de Cirugía Oncológica.
*** Cirujano Oncólogo. Servicio de Ginecología. Hospital Oncológico "Padre Machado".

Presentado en el VIII Congreso Venezolano de Oncología. Puerto La Cruz. Estado Anzoátegui, octubre 1998.

con filetes del nervio del mismo nombre; posteriormente en 1992 el Dr. Woods (4) publica su experiencia utilizando el colgajo modificado del Dr. Wee.

Presentamos la experiencia del trabajo en equipo de los Servicios de Cirugía Plástica y Ginecología en la reconstrucción de la vulva y la vagina, en el Hospital Oncológico "Padre Machado", entre enero de 1988 y diciembre de 1998.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se diseñó un instrumento de recolección de datos haciendo énfasis en antecedentes de radioterapia previa, complicaciones y funcionalidad de la reconstrucción. Se revisaron en forma retrospectiva 300 historias de pacientes con patología de vulva, útero y vagina, utilizando como guía los números de las biopsias con patología en esta región dados por Anatomía Patológica.

Los pacientes fueron manejados y operados en conjunto por los Servicios de Cirugía Plástica y Ginecología.

No se incluyeron en este trabajo las pacientes con fístula recto-vaginal.

RESULTADOS

Se reconstruyeron 19 pacientes. La edad promedio fue 48,6 años. Los diagnósticos histológicos fueron: 11 pacientes con carcinoma epidermoide, 5 con neoplasia intravaginal, 1 paciente con fibrohistiocitoma maligno de vulva, 1 paciente con adenocarcinoma y 1 con melanoma. En 16 pacientes reconstruidos la lesión se encontraba en la vulva. El 84,21% de los casos (16 pacientes) fueron reconstruidos en forma inmediata.

Se utilizaron diferentes colgajos:

- Colgajos locales incluidos el avance en V-Y en 4 pacientes.
- Músculo gracilis en 6 pacientes.
- Colgajo neurovascular pudendo en 9 pacientes.

Del total de pacientes reconstruidas y operadas en conjunto, las pacientes con resección de una o ambas paredes vaginales ofrecieron el mayor desafío reconstructivo. El haber recibido radioterapia previa, hizo más friable el tejido con la correspondiente lesión del recto en un caso que ameritó una colostomía por presentar fístula recto-vaginal en el posoperatorio. En 6 pacientes hubo necrosis parcial de los colgajos. En dos casos de colgajo de gracilis hubo necrosis total de los mismos.

El colgajo fascio-cutáneo neurovascular pudendo fue el más usado. En 6 de 9 pacientes hubo complicaciones menores. Con el colgajo de músculo gracilis 5 de 6 pacientes presentaron complicaciones.

DISCUSIÓN

Las numerosas técnicas de reconstrucción vaginal descritas en la literatura evidencian la falta de un método ideal. Estas técnicas incluyen una gran variedad de diseños, a saber: el viejo procedimiento de McIndoe (5), la reconstrucción con ileón (6) y colon (7), el uso de epiplón mayor con injerto de piel (8), el colgajo en isla basado en la arteria epigástrica inferior (9), el colgajo de músculo gracilis (2), y recientemente el colgajo neurovascular pudendo (3) y su modificación (4).

El colgajo de músculo gracilis deja una cicatriz no aceptable desde el punto de vista estético en la parte interna del muslo. Por otra parte, este colgajo es considerablemente más grueso que el colgajo neurovascular pudendo; además la irrigación de la totalidad del colgajo pudendo (que puede tener 15 x 6 cm) es axial, segura si la comparamos con el colgajo de músculo gracilis cuya parte distal puede sufrir necrosis. Los colgajos locales además de tener una rotación o avance limitado tienen una irrigación al azar, inconstante y no confiable.

La reconstrucción con injertos produce retracción y ulceración frecuentemente. Si el injerto permanece viable, de todas maneras la configuración de la neovagina no es óptima (2).

El colgajo neurovascular pudendo (Figura 1 a la 3) permite confeccionar una vagina de buen diámetro y longitud con poca morbilidad en la zona donante.

Muchas de las pacientes que reconstruimos recibieron radioterapia previa, esto aumenta el porcentaje de las complicaciones por los efectos adversos de la misma.

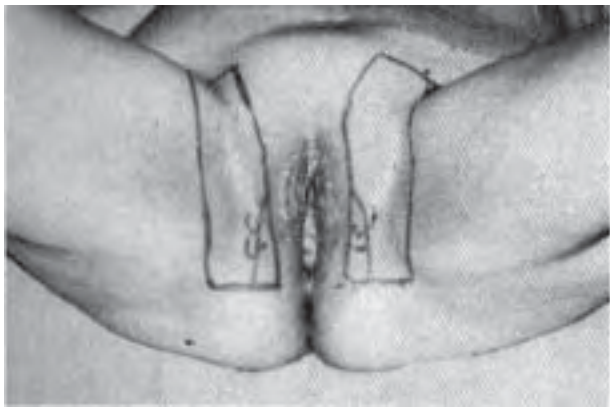


Figura 1. Diseño del colgajo neurovascular pudendo.

Figura 2. Disección del colgajo para la reconstrucción vaginal.

Figura 3. Vagina reconstruida con cierre directo del área donante.

CONCLUSIONES

Es importante el trabajo en equipo. Conocer el caso a ser reconstruido y llevar en mente varias alternativas reconstructivas. En los últimos años utilizamos de primera opción el colgajo neurovascular pudendo por ser un colgajo de irrigación axial, delgado, flexible, que permite un cierre directo del área donante y la posibilidad de reconstruir una vagina funcional.

REFERENCIAS

1. McCraw JB, Papp C, Ye Z, Huang V, McMellin A. Reconstruction of the perineum after tumor surgery. Surg Oncol Clin North Am 1997;6:177-189.
2. McCraw JB, Massey FM, Schamklin KD, Horton CE. Vaginal reconstruction with gracilis myocutaneous flap. Plast Reconstr Surg 1976;58:176-183.
3. Wee JT, Joseph V T. A new technique of vaginal reconstruction using neurovascular pudendal thigh flaps: A preliminary report. Plast Reconst Surg 1989;83:701-709.
4. Woods JE, Alter G, Meland B, Podratz K. Experience with vaginal reconstruction utilizing the modified singapore flap. Plast Reconstr Surg 1992; 90:270-274.
5. McIndoe AH, Banister JB. An operation for the cure of congenital absence of the vagina. J Obstet Gynaecol Br Emp 1938;45:490-494.
6. Burger RA, Riedmiller H, Knapstein PG, Friedberg V, Hohenfellner R. Ileocecal vaginal construction. Am J Obstet Gynecol 1989;161:162-167.
7. Turner-Warwick R, Kirby RS. The construction of the vagina with colocecum. Surg Gynecol Obstet 1990;170:132-138.
8. Wheeless CR. Neovagina constructed from an omental flap and a split-thickness skin graft. Gynecol Oncol 1989;35:224-226.
9. Xiong S, Zhan W, Cheng X, Li G, Zhar T, Yu G, et al. Vaginal reconstruction with an island flap of the inferior epigastric vascular pedicle. Plast Reconstr Surg 1993;92:217-275.

ARTICULO DE REVISIÓN

Cir Plast Reconst Venez 1999;1(1):18-20

Hipotermia en pabellón ¿Por qué debemos prevenirla?

Dr. Alberto Pérez-Morell, Dr. Juan Salvador Medina**, Dr. Jorge Castro García*, Dr. Randolfo Fernández**

Hospital Oncológico "Padre Machado", Caracas

INTRODUCCIÓN

Es frecuente que ocurra hipotermia durante un procedimiento de cirugía mayor (1,2).

Clínica y estadísticamente los pacientes con hipotermia tienen una morbilidad mayor. Son más propensos a ser llevados a la unidad de cuidados posanestesia intubados, tener paros cardíacos, menor saturación de oxígeno, permanecer más tiempo en estas unidades y ser llevados a una unidad de cuidados intensivos. Además tienen una mayor incidencia de cambios en el electro-cardiograma y presión arterial, requiriendo líneas invasivas y mayor cantidad de líquidos (3).

En el presente trabajo hacemos un recuento sobre la regulación fisiológica de la temperatura corporal y describimos los efectos adversos de la hipotermia a los que son sometidos comúnmente los pacientes en pabellón, con el fin de ofrecer una idea más clara de este problema. El hacer esta revisión surge de un trabajo en equipo entre los Servicios de Anestesiología y Cirugía Plástica del Hospital Oncológico "Padre Machado" a raíz de la planificación de la cirugía reconstructiva con colgajos microquirúrgicos en la cual es muy importante evitar la hipotermia.

* Cirujano Plástico. Servicio de Cirugía Plástica. Hospital Oncológico "Padre Machado".

** Médico Anestesiólogo. Jefe del Servicio de Anestesia.Hospital Oncológico "Padre Machado".

Presentado en el VIII Congreso Venezolano de Oncología. Puerto La Cruz, Estado Anzoátegui, octubre 1998.

Marco teórico

A. Termorregulación normal e hipotermia peroperatoria

El hipotálamo regula la temperatura al comparar impulsos térmicos de la piel, neuroeje y tejidos internos con un umbral de temperatura para calor y frío. Cuando el impulso térmico excede el umbral, se inicia una respuesta apropiada para mantener una adecuada temperatura corporal. La forma como el cuerpo determina el umbral de temperatura, es desconocido. Varía diariamente en ambos sexos, aproximadamente un grado centígrado (ciclo circadiano) y mensualmente en las mujeres, aproximadamente 0,75 grados centígrados (3).

La anestesia general (sobre todo con las técnicas inhalatorias) disminuye la activación del umbral de respuesta a la hipotermia en 2,5 grados centígrados y aumenta aquellos que defienden contra la hipertermia por 1,0 grados centígrados. Se crea un rango inter-umbral nuevo, más amplio que el normal (3).

Normalmente fuera de la condición de anestesia, existe un rango de umbral de 0,4 grados centígrados. En este rango de temperatura no existe una respuesta regulatoria de la misma.

Durante la anestesia este rango de umbral aumenta, se produce una disminución de la sensibilidad del sistema termorregulatorio.

Esto conlleva a un amplio rango de temperatura en el cual la respuesta termorregulatoria está ausente. Dentro de este rango los pacientes

son poikilotérmicos, los cambios corporales de temperatura son determinados pasivamente por una redistribución de calor dentro del cuerpo y por la diferencia entre la producción de calor por el metabolismo y la pérdida de calor por el ambiente (3).

La hipotermia tiene un típico patrón durante la anestesia general: la temperatura central disminuye precipitadamente por 1 hora (hipotermia inicial), luego disminuye lentamente por 2-3 horas (disminución inicial) y finalmente permanece constante (fase plateau). No es sorprendente que los pacientes comiencen a estar hipotérmicos durante la primera hora de la cirugía por estar: sin ropa en un ambiente frío, con la piel preparada para la cirugía con una solución igualmente fría y bajo la inducción de la anestesia que dismimuye la producción de calor por el metabolismo, produciendo una vasodilatación cutánea. Sin embargo los individuos no anestesiados fácilmente toleran la temperatura del pabellón, sin volverse hipotérmicos. Una evaporación de los fluidos para preparar la piel no puede explicar la hipotermia observada. Más aun, la anestesia general disminuye la producción de calor por el metabolismo sólo en un 25% e incrementa en forma mínima la pérdida de calor por la piel. La hipotermia central durante la anestesia y cirugía parece resultar de una redistribución de calor dentro del cuerpo. La disminución lineal lenta en la temperatura central típicamente observada durante la segunda y tercera hora de anestesia resulta simplemente de una pérdida de calor que excede la producción de calor metabólico (3).

Cuando los pacientes están en un ambiente relativamente cálido y se les practica una operación pequeña, la meseta de la temperatura central que se desarrolla luego de la 2ª-4ª hora de anestesia puede ser pasiva sin termorregulación. Al contrario cuando el paciente esté suficientemente hipotérmico, esta meseta es acompañada frecuentemente por una vasoconstricción termorregulatoria activa. La vasoconstricción periférica constriñe el calor metabólico (el cual es generado mayormente a nivel central —cabeza y cuello—) a un área relativamente pequeña de calor central, en un esfuerzo de prevenir más hipotermia. La pérdida de calor por los tejidos periféricos no solamente permanece inalterable, sino además estos tejidos reciben menos calor metabólico. Bajo estas circunstancias, la meseta de la temperatura central no representará un verdadero estado fijo térmico (producción de calor igual a pérdida de calor), debido a que el contenido del calor del cuerpo continuará disminuyendo (3).

B. Efectos adversos de la hipotermia

Slotman y col. (4) encontraron al revisar las historias de 100 pacientes, admitidos a la Unidad de Cuidados Intensivos Quirúrgicos, que se encontraban en hipotermia (temperatura menor de 37ºC) el 77% de los pacientes intraoperatoriamente, 53% al final de la cirugía y el 21% a las 4 horas. Los requerimientos hídricos fueron significativamente mayores para los pacientes que permanecieron en hipotermia, luego de la operación. La mortalidad se incrementó cuando la edad del paciente fue mayor de 55 años, en cirugía de emergencia, al tener una tensión arterial sistólica menor de 100 mmHg, requerimientos hídricos mayores de 1 500 cm^3/h, temperatura menor de 37ºC, a las 2, 4 y 8 horas posoperatorias.

La hipotermia causa hipocoagulabilidad, trombocitopenia, impedimento para la agregación plaquetaria y activación de sistema fibrinolítico que prolongan el tiempo de sangramiento (5).

Estudios, tanto *in vivo* como *in vitro*, han demostrado que la producción del tromboxano B2 por las plaquetas depende de la temperatura y que un enfriamiento de la piel produce una disfunción reversible de las plaquetas (6).

Una hipotermia peroperatoria moderada que es común durante una cirugía mayor, puede promover la infección de las heridas quirúrgicas al disparar una vasoconstricción termorregulatoria, que disminuye la tensión de oxígeno subcutáneo (7).

Hay una reducción de la capacidad de eliminar los microorganismos, en parte porque la producción de radicales libres de oxígeno y nitrógeno son oxígeno dependientes en el rango de la presión parcial de oxígeno en las heridas (8,9).

La hipotermia moderada puede impedir directamente la función inmune como la quimiotaxis y fagocitosis de los granulocitos, la motilidad de los macrófagos y la producción de

anticuerpos (10,11).

La formación de una cicatriz requiere de la hidroxilación de abundantes residuos de proline y lisina, para formar los puentes cruzados entre fibras de colágeno que le da a las heridas su fuerza tensil (12). La hidroxilasa que cataliza esta reacción es dependiente de la tensión de oxígeno (13). El depósito de colágeno es proporcional a la presión parcial arterial de oxígeno en animales y de la tensión de oxígeno en el tejido de las heridas en humanos (14,15).

Los métodos para evitar la hipotermia son seguros y económicos, pero a pesar de esto, la hipotermia peroperatoria es común (16). Frecuentemente los líquidos (soluciones, sangre) no son calentados antes de ser administrados al paciente. Las soluciones que se utilizan para lavar la cavidad abdominal o limpiar restos de sangre en la piel del paciente frecuentemente están por debajo de los 37 grados centígrados, contribuyendo a someter al paciente a una hipotermia innecesaria.

CONCLUSIONES

A todo paciente que sea llevado a pabellón para una intervención quirúrgica se le debe evitar la hipotermia, los líquidos que se le administren deben ser calentados, así como las soluciones que se utilicen para limpiar la piel o lavar la cavidad abdominal. En casos de reconstrucción microquirúrgica se recomienda control independiente de temperatura para cada pabellón.

REFERENCIAS

1. Goldberg MJ, Roe CF. Temperature changes during anesthesia and operations. Arch Surg 1996;93:365-369.
2. Dienes RS. Inadvertent hypothermia in the operating room. Plast Reconstr Surg 1981;67:253-254.
3. Sessler DI. Temperature regulation and anesthesia. American Society Anesthesiologists. 1991 Annual Refresher Course Lectures. San Francisco, California. October 1991:26-30.
4. Slotman GJ, Jed EH, Bucharal KW. Adverse effects of hipothermia in postoperative patients. Am J Surg 1985;149:495-501.
5. Goto H, Nonami R, Hamasaki Y, Zuker ML, Unruh GK, Arakawa K. Effect of hypothermia on coagulation. Anesthesiology 1985;63:A107.
6. Valeri CR, Cassidy G, Khuri S, Feingld H, Ragno G, Altschule M. Hipothermia-induced reversible platelet dysfunction. Ann Surg 1987;205:175-181.
7. Kurz A, Sessler D, Lenhadt R. Perioperative normothermia to reduce the incidence of surgical-wound infection and shorter hospitalization. N Engl J Med 334;1209-1215.
8. Hohn DC, Mackay RD, Halliday B, Hunt TK. The effect of O_2 tension on microbicidal function of leukocytes in wound and in vitro. Surg Forum 1976;27:18-20.
9. Meder JT, Brown GL, Guckian JC, Wells CH, Reinarz JA. A mechanism for the amelioration by hyperbaric oxygen of experimental staphylococcal osteomyelitis in rabbits. J Infect Dis 1980;142:915-922.
10. Van Oss CJ, Absolom D, Moore LL, Park BH, Humbert JR. Effect of temperature on the chemotaxis, phagocytic engulfment, digestion and O_2 consumption of human polymorphonuclear leukocytes. J Reticuloendothelial Soc 1980;27:561-565.
11. Leijh PC, van den Barselaar MT, van Zwet TL, Dubbeldeman Rempt I, van Furth R. Kinetics of phagocytosis of staphylococcus aureus and Escherichia coli by human granulocytes. Immunology 1979;37:453-465.
12. Prockop DJ, Kivirikko KI, Tuderman L, Guzman NA. The biosynthesis of collagen and disorders. N Engl J Med 1997;301:13-23.
13. De Jong L, Kemp A. Stoicheiometry and kinetics of the prolyl 4-hydroxylase partial reaction. Biochim Biopphys Acta 1984;787:105-111.
14. Hunt TK, Pai MP. The effect of varying ambient oxygen tensions on wound metabolism and collagen synthesis. Surg Gynecol Obstet 1972;135:561-567.
15. Jonsson K, Jensen JA, Goodson WH III, Scheuenstuhl H, West J, Hops H, et al. Tissue oxygenation, anemia and perfusion in relation to wound healing in surgical patients. Ann Surg 1991;214:605-613.
16. Kurz A, Kurz M, Poeschl G, Faryniak B, Redl G, Hackl W. Forced-air warming maintain intraoperative normothermia better than circulating water mattresses. Anesth Ann 1993;77:89-95.

REPORTES DE CASOS CLÍNICOS

Cir Plast Reconst Venez 1999;1(1):21-23

Implantes cúpricos en el tratamiento de los hemangiomas cavernosos. A propósito de un caso

Dra. Yndira Oraa, Dra. Maria I Villanueva*, Dr. Ramón L Zapata Sirvent**, Dr. Nicomedes Fariñas***, Dra.Luisa Oraa****, Br. Angel Fariñas******

Departamento de Cirugía Plástica y Reconstructiva Hospital Militar "Dr. Carlos Arvelo", Caracas

RESUMEN

Se presenta un caso de una lactante menor femenina con un hemangioma cavernoso en brazo izquierdo, tratado con implantes de cobre, colocados en dos sesiones, realizándose posterior resección de la lesión residual.
Se observó una disminución del tamaño del hemangioma en un 80%, realizando posteriormente la resección de la lesión residual, con un resultado estético satisfactorio, y sin complicaciones.
El uso de implantes cúpricos en el tratamiento de los hemangiomas, representa una alternativa terapéutica, que ofrece resultados satisfactorios, de fácil aplicación, económico, con escasa morbilidad.

Palabras clave: *Hemangioma. Implantes de cobre.*

SUMMARY

A case of a female infant patient (4 months old) with a cacavernous hemangioma in the left arm is reported; It was treated with cooper implants, applied in two sessions, and posterior resection of the residual lesion.
An 80% reduction of the hemangioma's size was observed, with satisfactory aesthetic results, and no complications.
The use of cooper implants for treatment of hemangiomas, is a therapeutic alternative, with satisfactory results, easy application, inexpensive, and scant morbidity.

Key words: *Hemangioma. Copper implants.*

INTRODUCCIÓN

Los hemangiomas son los tumores más frecuentes durante la lactancia y las anomalías congénitas más usuales en el hombre; son tumores de carácter benigno del tejido vascular, que pueden involucionar de forma espontánea después de un crecimiento rápido; sin embargo, no se puede predecir cuáles de las lesiones regresarán espontáneamente y cuáles no.

Se han ideado una gran variedad de modalidades terapéuticas para resolver estas lesiones, como lo son: el uso de esteroides locales, sustancias esclerosantes, interferón, crioterapia, radioterapia y láser; sin embargo estas terapéuticas pueden traer complicaciones, principalmente en lactantes, y el tratamiento quirúrgico se reserva sólo para aquellos casos que no responden a otra terapéutica o cuando se presentan complicaciones.

El uso de implantes de cobre representa una alternativa en el tratamiento curativo o paliativo, como preámbulo para la cirugía, que brinda excelentes resultados (1).

El objetivo del presente trabajo es presentar un caso de hemangioma cavernoso, tratado con implantes cúpricos, como modalidad terapéutica en el preámbulo de la cirugía resectiva.

Caso clínico

Se presenta un caso de una lactante menor femenina de 4 meses de edad con un hemangioma cavernoso en el brazo izquierdo, tratado con implantes de cobre, en el Hospital Militar "Dr. Carlos Arvelo ", en los años 1997-1998.

* Residente de segundo año.
** Adjunto del Servicio de Cirugía Plástica.
*** Jefe de Departamento.
**** Cirujano infantil.
***** Estudiante de Medicina (UCV).

Los alambres de cobre, de 1 mm de diámetro y 3 cm de longitud, fueron obtenidos de ferretería y esterilizados en autoclave.

El procedimiento se realizó en forma ambulatoria; se hizo infiltración de la lesión con anestesia local. Los alambres de cobre fueron introducidos en el espesor del hemangioma en forma radiada, a una distancia de 1 a 2 cm y permanecieron en esa situación por 72 horas. Se utilizó como protección profiláctica Bacitracina® tópica.

En total se realizaron dos sesiones, con un intervalo de 10 meses. Posterior a la segunda sesión, se hizo un seguimiento de la evolución y a los dos meses se realizó la resección y plastia de la lesión residual.

RESULTADOS

Se logró una reducción del 80% del hemangioma. La lesión residual fue resecada, sin presentarse sangramiento, ni complicaciones. El resultado estético fue excelente.

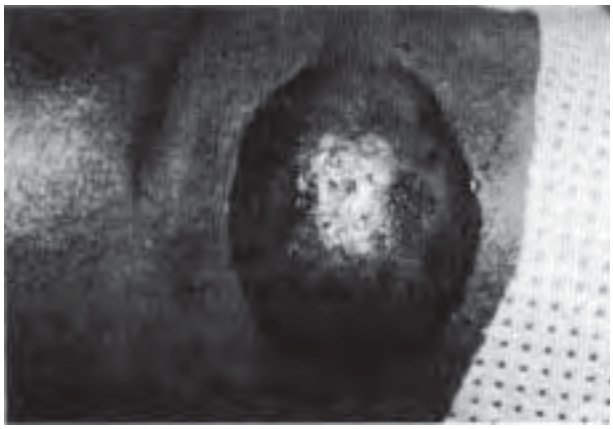


Figura 1. Hemangioma cavernoso.

Figura 2. Colocación de las agujas de cobre de forma radiada.

Figura 3. Hemangioma posterior al retiro de las agujas.

Figura 4. Hemangioma posterior al retiro de las agujas.

Figura 5. Involución posterior al tratamiento.

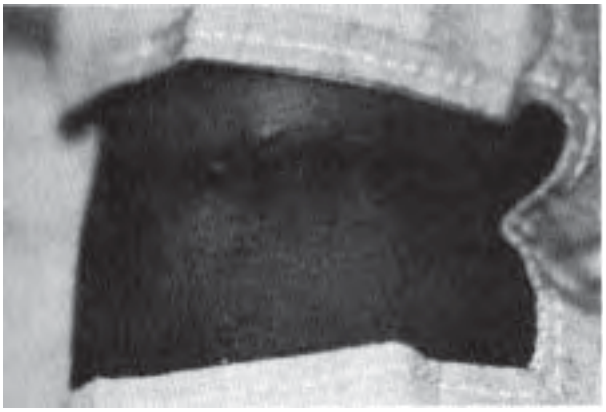


Figura 6. Resección quirúrgica de la lesión posterior al tratamiento.

DISCUSIÓN

Los hemangiomas son una patología frecuente en los lactantes. Estas lesiones pueden tener una resolución espontánea. En ocasiones pueden presentarse complicaciones funcionales y estéticas, entre las cuales figuran: hemorragias, ulceraciones, infección y necrosis. Ante estas circunstancias o cuando se observa un crecimiento progresivo, está indicado un tratamiento médico o quirúrgico (2).

Existe una gran variedad de modalidades terapéuticas que van desde el uso de congelamiento con CO_2 y termocauterio, algunas en desuso, pasando por el tratamiento compresivo, uso de sustancias esclerosantes (siliato de sodio, clorhidrato de quinina y urea), radiación, quimioterapia, embolización, infiltración con esteroides y láser. La mayoría de estas modalidades terapéuticas no cumplen su cometido o provocan secuelas, quedando como alternativa la excéresis quirúrgica, que ocasiona un resultado cosmético o funcional que puede ser peor que la enfermedad original.

El uso de implantes de cobre como tratamiento curativo o paliativo, en el preámbulo de la cirugía del hemangioma cavernoso fue introducido por Zhou Pi Li en 1987, quien publicó su experiencia en 1992 (1), basado en la habilidad de coagulación del ión cobre con carga positiva al ponerse en contacto con los elementos formes de la sangre y proteínas, con carga negativa, a través de un cambio en el diferencial de potencial eléctrico normal de la sangre. Adicionalmente el cobre juega un papel importante en la destrucción de la pared del vaso, lo cual es importante en la baja recidiva.

Este método es simple, fácil y efectivo en el tratamiento de los hemangiomas cavernosos.

REFERENCIAS

1. Zhou Pi Li. Therapeutic coagulation induced in cavernous hemangioma by use of percutaneous copper needles. Plast Reconstr Surg 1992:613-622.
2. Ashcraft K, Holder T. Cirugía Pediátrica. 2ª edición. 1995:826-836.

Cir Plast Reconst Venez 1999;1(1):24-26

Hamartoma gigante de la mama

Dr. Victor Ayala H, Dr. Carlos Nieto S**, Dr. Gino Bianchi***, Dra. Yorkimar Ayala R****, Dr. Victor Ayala R******

Clínica San Pablo, Caracas

RESUMEN

Se presenta el caso clínico, de una paciente de 42 años, quien consultó por presentar un tumor gigante de la mama izquierda, de aproximadamente 5 años de evolución. Se estableció el diagnóstico preoperatorio de hamartoma mamario. El tamaño y peso del tumor, comprometieron la estructura anatómica de la mama, por lo que, al momento de la extirpación del tumor, se realizó la reconstrucción inmediata de la mama. El diagnóstico final ratificó el de hamartoma mamario. El resultado posoperatorio fue satisfactorio. La paciente ha sido controlada durante el último año, siendo su evolución excelente.

Palabras clave: *Hamartoma de mama. Tumor mamario. Mama.*

SUMMARY

A clinical case of a 42 years old woman, who look for assistance for a giant tumor in her left breast, of approximately 5 years of evolution, is reported. Presurgically it was diagnosed as a breast hamartoma. The size and weight of the tumor threatened the anatomic structure of the breast, for which reason, when the tumor was removed, the immediate reconstruction of the breast was performed. The final diagnosis confirmed the breast hamartoma. The postsurgical result was satisfactory. The patient has been follow up for the last year, having an excellent evolution.

Key words: *Breast hamartoma. Breast tumor. Breast.*

INTRODUCCIÓN

El hamartoma mamario, es un tumor benigno de origen embrionario, y presentación infrecuente. Por lo general, alcanza un tamaño de 2 a 4 cm de diámetro. La edad de su aparición supera en 20 años el fibroadenoma (1).

El diagnóstico de hamartoma mamario, usualmente se realiza mediante evaluación clínica y estudio mamográfico (2).

El tumor identificado, es de bordes regulares, netamente delimitado y con presencia de tejido adiposo. El ecosonograma puede contribuir a establecer el diagnóstico del tumor (3).

Morfológicamente está formado por unidades lobulillares bien organizadas y tejido adiposo. Histológicamente muestra epitelio con cambios observados en una mama normal, especialmente en la fase progestacional del ciclo menstrual. El estroma muestra tejido fibro conectivo y en algunos casos puede haber hiperplasia pseudoangiomatosa (2).

Aunque estos tumores, son benignos, se han reportado casos de hamartomas con carcinomas ductal invasivo (4). La enfermedad de Cowden, descrita como un raro síndrome de hamartomas múltiples, es un cáncer hereditario autosómico dominante, ubicado en el cromosoma 10q 22-23, el cual cursa con cáncer de mama.

* Médico gineco-obstetra-mastólogo, Clínica San Pablo, Caracas.
** Médico cirujano plástico, Clínica San Pablo, Caracas.
*** Médico anatomopatólogo, Clínica San Pablo, Caracas.
**** Médico gineco-obstetra.
***** Médico residente.

Presentado en el XVI Congreso Nacional de Obstetricia y Ginecología, Caraballeda, Estado Vargas, 11 al 14 de marzo de 1998.

Descripción del caso

Paciente femenina de 42 años de edad, quien consultó por presentar aumento progresivo de volumen de la mama izquierda en el transcurso de los últimos cinco años. Clínicamente, presentaba asimetría mamaria, observándose la mama izquierda de gran volumen, a predominio de los cuadrantes superiores, hasta el área clavicular. El tumor, de consistencia sólida, perfectamente delimitado, sin estar adherido a tejidos vecinos medía aproximadamente 20 x 15 cm. La mama derecha era morfológicamente normal. No se evidenciaron adenomegalias axilares.

El estudio mamográfico, reportó un tumor de contorno bien delimitado, de densidad adiposa. El tejido mamario se encontraba desplazado en sentido caudal, mostrando una densidad fibroadiposa. La ecosonografía mamaria corroboró los hallazgos mamográficos.

Se realizó biopsia por punción con aguja Tru-cut guiada por ultrasonido. El informe anatomopatológico reportó material constituido por tejido fibroconectivo vascularizado y fragmentos de tejido adiposo. No se observaron atipias.

La paciente fue operada, practicándosele una tumorectomía y una mamoplastia de reconstrucción basada en una técnica de un colgajo de base inferior tipo Ribeiro-Georgiade. Los resultados posoperatorios inmediatos y mediatos han sido satisfactorios.

La biopsia definitiva reportó macroscópicamente un tumor de 20 x 15 cm y un peso de 1 800 g, la superficie era abollonada y al corte de color blanco amarillento. Microscópicamente presentó tejido adiposo maduro, tejido fibroconectivo vascularizado y escaso tejido mamario. El diagnóstico fue el de hamartoma mamario.

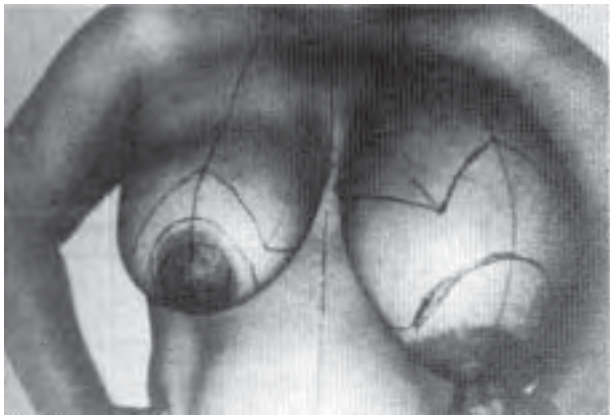


Figura 1. Vista preoperatoria de la paciente, que muestra el diseño de la intervención.

Figura 3. Vista transoperatoria al momento de la enucleación del tumor.

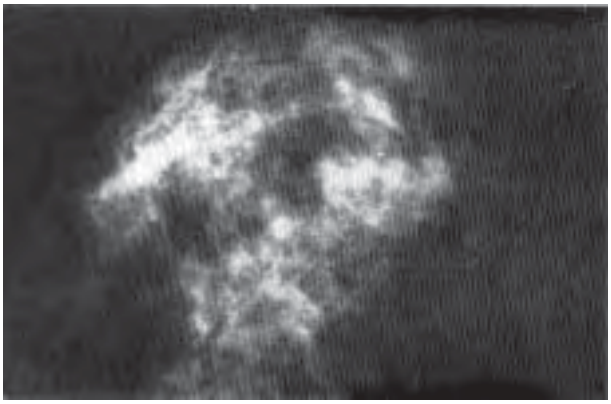


Figura 2. Mamografía que permite ver las alteraciones en la densidad del tumor.

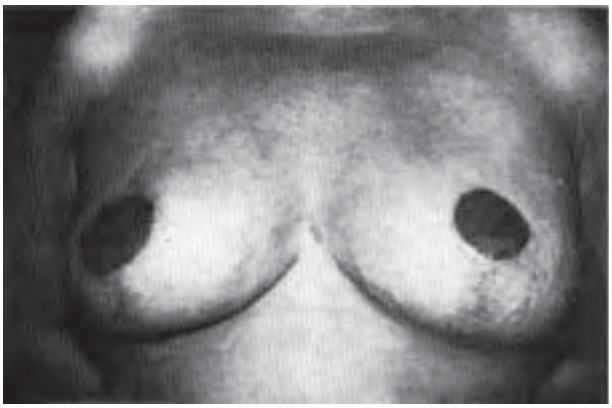


Figura 4. Vista posoperatoria a los dos años de evolución.

DISCUSIÓN

De los tumores benignos de la mama, los hamartomas son los menos frecuentes. En la literatura revisada sobre esta entidad nosológica el hamartoma de mayor tamaño reportado fue de 7 cm de diámetro (1-4). Este caso clínico, el cual hemos considerado importante comunicar no sólo por su diagnóstico de hamartoma mamario, sino por el tamaño y peso del tumor; ameritó el concurso del cirujano mastólogo y del cirujano plástico, con la finalidad de reconstruir en el mismo acto operatorio la morfología de la mama, dramáticamente comprometida por las dimensiones de la lesión descrita.

Una vez más, la mastoplastia, mediante técnica de colgajo de base inferior, permitió preservar el complejo areola pezón.

REFERENCIAS

1. Bland I, Copeland E. La mama. Manejo multidisciplinario de las enfermedades benignas y malignas. México: Edición Editorial Panamericana; 1993.p.180-873.
2. Rege J, Shet T, Patha K VM, Zrde D. Mamary hamartomas a report of 15 cases. Indian J Pathol Microbiol 1999;40:543-548.
3. Blank J, Metcalf E, Wylie EJ. Ultrasonography of breast hamartomas. Australian Radiol 1996;40:412-415.
4. Anani P, Hessler C. Breast hamartoma with invasive ductal carcinoma. Report of two cases and review of the literature. Pathol Res Pract 1.996;192:187-194.

Cir Plast Reconst Venez 1999;1(1):27-28

Incrustación de un cuerpo extraño metálico a través del seno maxilar derecho hasta el seno etmoidal ipsilateral

Dr. Enrique Asta Meza, Dra. María Isabel Villanueva R**, Dr. Carlos Nieto Sánchez****

Departamento de Cirugía Plástica y Reconstructiva - Hospital Militar "Dr. Carlos Arvelo", Caracas

RESUMEN

Se trata del caso clínico de un paciente masculino de 19 años, quien durante una práctica militar de tiro, sufre en forma accidental una herida facial, con incrustación de una pieza metálica de fusil automático liviano en los senos maxilar y etmoidal del lado derecho. No presentó lesiones neurológicas u oftálmicas. El diagnóstico preoperatorio se estableció mediante evaluación clínica y radiología convencional.

Palabras clave: *Cuerpo extraño. Armas de fuego.*

SUMMARY

This is a nineteen year old male, that during a gunshot training in the Military Force got involve in an accident where he suffer a facial laceration with encrustation of a metallic piece from the light automatic gunshot, in his right maxillary and ethmoidal sinus. There were no neurological or ophthalmic lesions. The diagnosis was made by conventional physical and radiological evaluation.

Key words: *Foreign body. Gunshot.*

INTRODUCCIÓN

Normalmente las heridas por arma de fuego son debidas al proyectil o a fragmentos de los mismos; excepcionalmente se ven heridas causadas por las partes componentes del arma. Por este motivo, es de particular interés el caso clínico que nos ocupa, por tratarse de una herida grave en el macizo facial, ocasionada por una pieza metálica —tapa del cajón de los mecanismos— de fusil automático liviano.

Estudios posteriores determinarán las causas del accidente, si fue desperfecto del arma o si se trató de un mal ensamblaje de las partes componentes del mismo antes de su utilización.

Descripción del caso

Se trata de un paciente masculino, de 19 años de edad, Cadete de 3er. año del Ejército, quien durante prácticas militares de tiro, sufrió en forma accidental la incrustación de una pieza metálica (tapa del cajón de los mecanismos) de un fusil automático liviano (calibre 7,62 mm), al hacer explosión el proyectil en la recámara del arma. El cuerpo metálico se introdujo por el lado derecho de la cara en la región infraorbitaria, fracturando la cara anterior y medial del seno maxilar y la porción ascendente del maxilar superior. Con dirección antero-posterior y caudal-cefálica, se incrustó en las celdillas etmoidales y en proyección, hasta la región anteroinferior de la silla turca. En el momento de ser admitido en el Departamento de Emergencias, el paciente se encontraba consciente, sin trastornos neurológicos ni visuales. Se practicaron estudios radiológicos convencionales y posterior a la evaluación neuroquirúrgica y oftalmológica se procedió, en vista del sangramiento profuso, a retirar el cuerpo extraño bajo anestesia general. El procedimiento quirúrgico consistió en desimpactar el fragmento metálico,

* Médico residente del tercer año de posgrado.
** Médico residente del segundo año de posgrado.
*** Médico Jefe II-Adjunto del Departamento.

aplicando una fuerza contraria sin movimientos de lateralización, para evitar daños secundarios. Una vez logrado el objetivo, se procedió a lavar exhaustivamente la herida y las cavidades de los senos, aspirando coágulos y fragmentos óseos. La hemorragia proveniente aparentemente de la mucosa lacerada de los senos, pudo ser controlada con un taponamiento de gelfoam. Se repararon las partes blandas y se dió cobertura con antibióticos (Clindamicina - Amikacina) y profilaxis antitetánica.

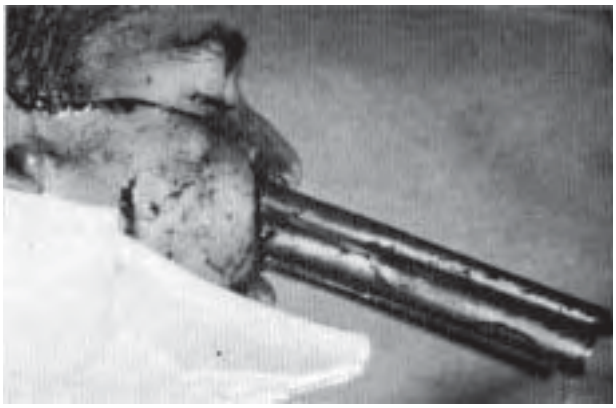


Figura 1. Vista lateral derecha del paciente, con la pieza metálica incrustada.

Figura 2. Radiografía lateral de cráneo y cara, que muestra la pieza metálica.

DISCUSIÓN

Las heridas por cuerpos extraños en la cara, pueden lesionar gravemente órganos como los ojos o el sistema olfatorio. Con frecuencia vemos fracturas complejas y pérdidas de tejidos blandos y óseos.

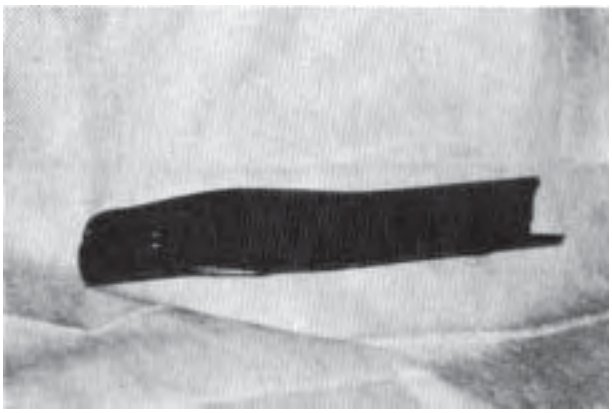


Figura 3. Vista de la pieza metálica.

En ocasiones se pueden producir fracturas de la región frontal y/o base del cráneo con o sin daño cerebral. Excep-cionalmente podemos ver una lesión producida por un vástago metálico de 22 cm de longitud y 3 cm de ancho, animado por la explosión de un proyectil de calibre 7,62 mm, que produzca las lesiones antes descritas sin ocasionar daño alguno del sistema visual-olfatorio o craneo-encefálico.

A los efectos diagnósticos preoperatorios, la tomografía computarizada se ve limitada por la naturaleza metálica (acero) del cuerpo extraño. La resonancia magnética está contraindicada por cuanto los materiales ferromagnéticos pueden ser desplazados por el campo magnético, y en este caso en particular ocasionar daño ocular por la vecindad de la estructura (1).

La profusión de la hemorragia y su difícil control, condicionaron tomar una decisión quirúrgica sustentada en la radiología convencional y en la evaluación clínica.

En su posoperatorio el paciente permaneció 24 horas en observación en la Unidad de Cuidados Quirúrgicos. Egresó a los 12 días sin presentar secuelas neurológicas u oftalmológicas.

REFERENCIAS

1. Akgüner M, Atabey A, Top H. A case of self – inflicted intraorbital injury: wooden foreign body introduced into the etmoidal sinus. Ann Plast Surg 1998;41:422-424.

IDEAS E INVOVACIONES EN C. PLÁSTICA Y RECONSTRUCTIVA

Cir Plast Reconst Venez 1999;1(1):29-33

Uso de cintas ajustables de nylon o Tie-Rap, como alternativa para el cierre de defectos cutáneos. Estudio preliminar

Dra. Yndira Oraa Oraa, Dra. María Isabel Villanueva*, Dr. Ramón L Zapata Sirvent** , Dr. Nicomedes Fariñas***, Br. Angel Fariñas****, Dra. Luisa Oraa******

Departamento de Cirugía Plástica y Reconstructiva Hospital Militar "Dr. Carlos Arvelo", Caracas

RESUMEN

Objetivos: Aplicar cintas ajustables de nylon o Tie-Rap para el cierre de defectos cutáneos de diferente índole, donde se requiere una cobertura de grosor adecuado.
Ambiente: Departamento de Cirugía Plástica y Reconstructiva, Hospital Militar "Dr. Carlos Arvelo", Caracas.
Método: Se incluyeron en este estudio preliminar 4 pacientes con defectos cutáneos, ocasionados por diferentes patologías. Los Tie-Rap fueron colocados en los márgenes de la herida, previa limpieza quirúrgica y amplia liberación de los bordes. El cierre del defecto se realizó de forma progresiva, aproximando los bordes cada 48 horas, durante 1 semana. Los Tie-Rap fueron retirados de la herida al día 14 pos-colocación.
Resultados: En los cuatro pacientes estudiados se logró con éxito el cierre del defecto de forma rápida, brindando una cobertura adecuada, y con resultados estéticos aceptables.
Conclusión: Los Tie-Rap, son unos dispositivos versátiles para el cierre de los defectos cutáneos, son de bajo costo, se obtienen fácilmente y brindan resultados estéticos aceptables, sin la necesidad de comprometer otros tejidos.

Palabras clave: *Cintas ajustables. Defectos cutáneos. Tie-Rap.*

SUMMARY

Objective: To apply the adjustable nylon ties or Tie-Rap in the closure of cutaneous defects, where an adequate tissue thickness is necessary.
Sitting: Department of Reconstructive and Plastic Surgery, Military Hospital "Dr. Carlos Arvelo", Caracas.
Method: In this preliminary study 4 patients with cutaneous defects of different etiology were included. The Tie-Rap were inserted in the margins of the wounds, previous surgical debridement and wide liberation of the margins. The closure were performed in a progressive manner, every 48 hours, during 1 week. The Tie-Rap were removed from the wound at day 14.
Results: In our four patients the wound was closed successfully in a rapid manner, supplying adequate cover, and acceptable aesthetic results.
Conclusion: Tie-Rap are versatile devises to close cutaneous defects, are inexpensive, easy to obtain, and give acceptable aesthetic results, without the need to use other tissue like muscle or skin to close the defect.

Key words: *Adjustable ties. Cutaneous defects. Tie-Rap.*

INTRODUCCIÓN

Los defectos cutáneos consecuencia de diferentes patologías, tales como; heridas, necrosis de piel, dehiscencia de heridas quirúrgicas etc., pueden ser resueltos a través de variadas técnicas, como son el cierre primario, injertos o colgajos; sin embargo, estas técnicas en algunas circunstancias no aportan todas las capas y componentes de la piel, crean cicatrices inestéticas y se comprometen otros tejidos.

El uso de cintas ajustables de nylon o Tie-Rap representa una alternativa quirúrgica para el cierre de defectos cutáneos con gran versatilidad. Este tipo de material ha sido utilizado con éxito en el cierre de defectos abdominales, específicamente en el abdomen abierto, por Chávez y col. (1). La reacción tisular inflamatoria, hialinización y presencia de células gigantes fueron similares al compararse en animales de experimentación con las suturas de polipropileno. Otros métodos más sofisticados y costosos como el Sure-Closure®, buscan la aproximación de los bordes de la herida, y permiten el cierre de defectos en horas (2).

En lo que a nuestro caso se refiere, utilizamos

* Residente de segundo año.
** Adjunto del Servicio.
*** Jefe del Departamento.
**** Estudiante de Medicina (UCV).
***** Cirujano Infantil.

las cintas ajustables de nylon para el cierre de defectos donde se desea una cobertura apropiada, que brinde un espesor adecuado, que posea todo el espesor de la piel y cuyos costos sean accesibles a nuestra población hospitalaria.

El objetivo de este trabajo es reportar los resultados preliminares, obtenidos con este dispositivo, y resaltar su versatilidad.

POBLACIÓN Y MÉTODOS

Se presenta el estudio preliminar de 4 casos de defectos cutáneos por diferentes patologías, que fueron resueltos con el uso de Tie-Rap, en el Departamento de Cirugía Plástica del Hospital Militar "Dr. Carlos Arvelo", en el lapso de octubre de 1998 a enero de 1999.

Método de aplicación de las cintas ajustables de nylon

Los Tie-Rap, obtenidos de ferreterías, fueron esterilizados a gas y empaquetados previo a su uso. Fueron colocados en los márgenes del defecto cutáneo, previa limpieza quirúrgica y amplia liberación de los bordes. Se incluyeron en el Tie-Rap, todas las capas de la piel y tejido subcutáneo, dejando un margen de aproximadamente 2 cm del borde de la herida. Durante el acto operatorio, se procedió al cierre por planos de las áreas de fácil acercamiento. El cierre del defecto restante, se realizó de forma progresiva, cada 48 horas por un lapso de 1 semana, hasta obtener el cierre total del defecto. Los Tie-Rap fueron retirados luego de 14 días de la colocación.

Casos clínicos

Caso 1.

Paciente femenina de 66 años de edad, con defecto cutáneo de 37 x 18 cm en cara anterior de muslo, rodilla y tercio superior de pierna izquierda, producto de fascitis necrotizante posterior a artroplastia de rodilla, con cuadro de sepsis por Clostridium perfringe. Se utilizaron en este caso Tie-Rap de 0,5 cm de ancho, los cuales fueron colocados posterior a limpieza quirúrgica y amplia liberación de los bordes, obteniendo un cierre del 80% del defecto. El área central fue injertada (Figuraa 1 a 5).

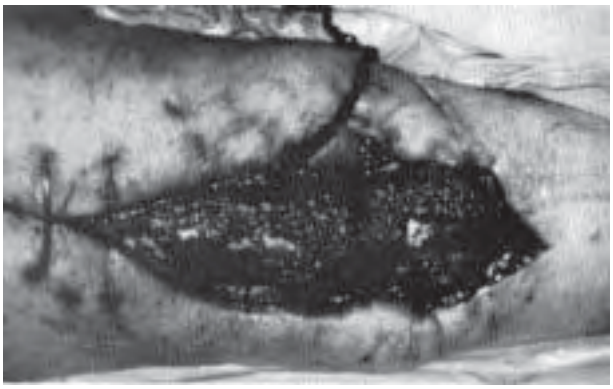


Figura 1. Defecto en tercio distal de muslo, rodilla y pierna.

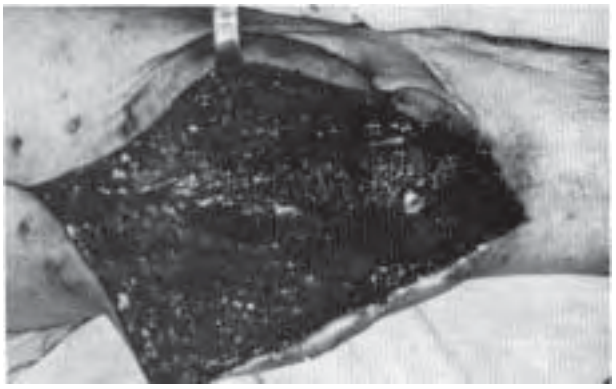


Figura 2. Limpieza quirúrgica y liberación amplia de los bordes.

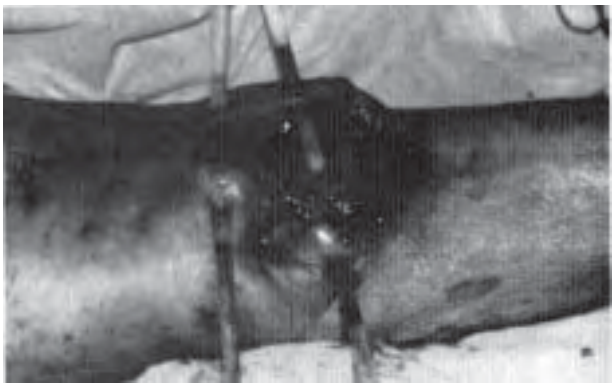


Figura 3. Colocación de Tie-Rap, incluyendo todo el espesor de tejido de los bordes.

Figura 4. Cierre del defecto de forma progresiva.

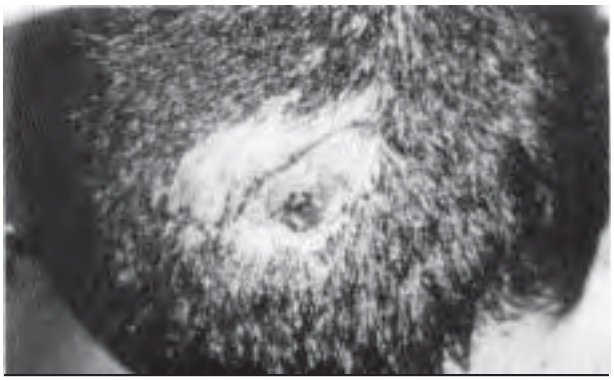


Figura 6. Defecto en cuero cabelludo.

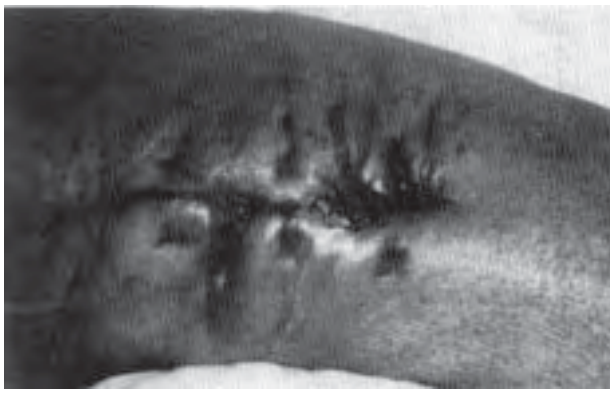


Figura 5. Cierre alcanzado a la semana.

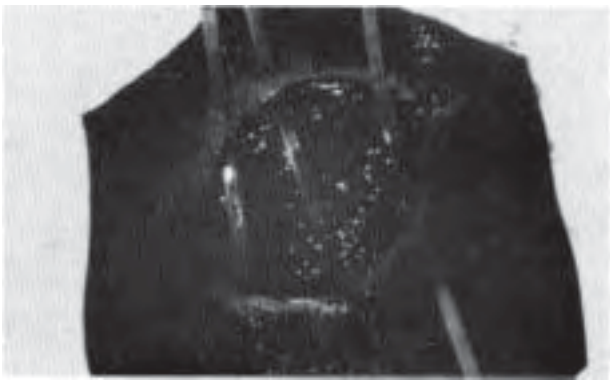


Figura 7. Liberación amplia de los bordes y colocación de Tie-Rap.

Caso 2.

Paciente masculino de 33 años de edad, quien sufrió quemadura de tercer grado por fricción en cuero cabelludo, creándose un defecto de 7 x 4 cm posterior a la escarectomía. Se colocaron 4 Tie-Rap de 0,3 cm de ancho, lográndose progresivamente el cierre del 100% del defecto en 1 semana (Figuras 6 a 9).

Caso 3.

Paciente femenina de 53 años de edad, quien ingresa a nuestro centro con un defecto cutáneo abdominal de 15 x 7 cm, posterior a necrosis de un tercio de la herida quirúrgica posdermo-lipectomía. Se colocaron cuatro Tie-Rap de 0,1 cm, obteniéndose el cierre del 100% del defecto a la semana (Figuras 10 a 12).

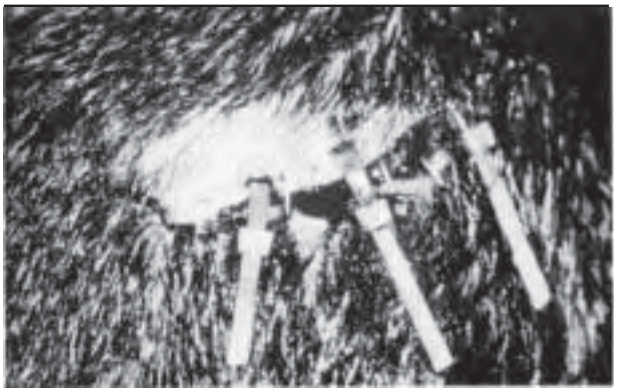


Figura 8. Cierre y aproximación del defecto.

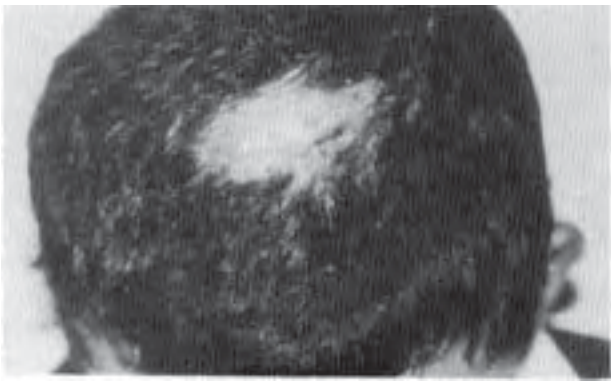


Figura 9. Cierre del defecto, con cobertura adecuada.

Figura 10. Defecto en pared abdominal posdermolipectomía.

Figura 11. Cierre obtenido a la semana.

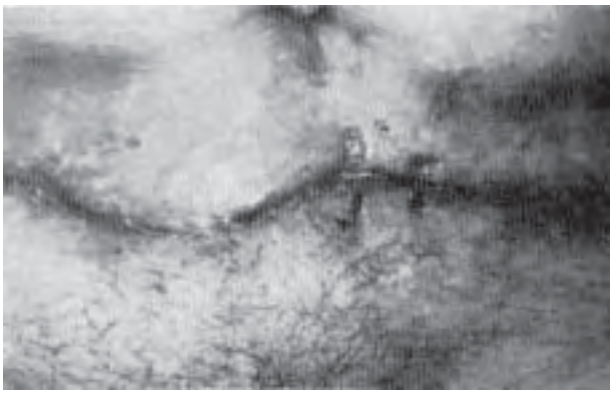


Figura 12. Resultado obtenido a los 14 días.

Caso 4.

Paciente masculino de 26 años de edad, con defecto cutáneo en cara medial de talón derecho de 7 x 3 cm, posterior a colgajo de avulsión postraumático y fractura conminuta de calcáneo, complicada con osteomielitis. Se realizó limpieza quirúrgica y afrontamiento mediante el uso de cuatro Tie-Rap de 0,3 cm, lográndose el cierre del 100% del defecto a la semana (Figuras 13 a 15).

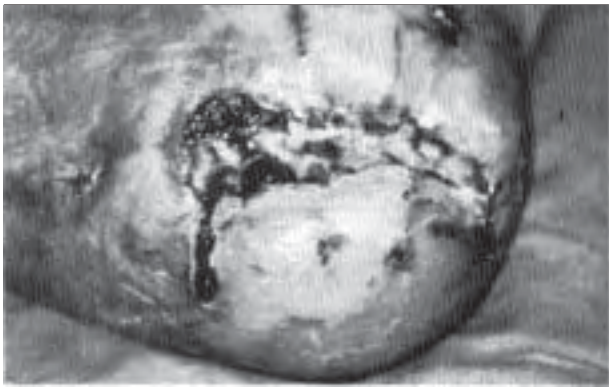


Figura 13. Pérdida de sustancia a nivel de talón.

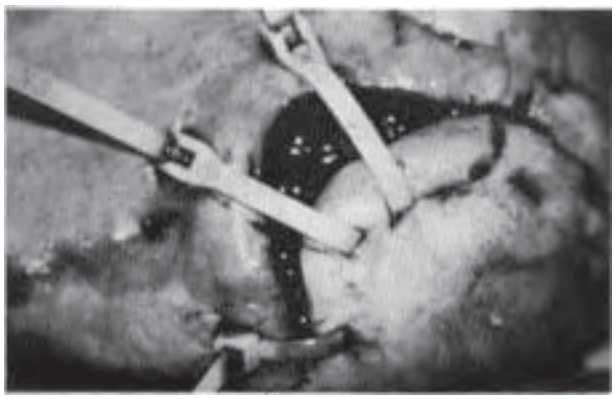


Figura 14. Limpieza quirúrgica y colocación de Tie-Rap.

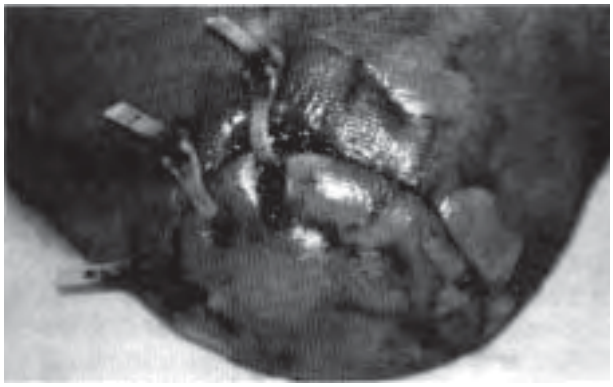


Figura 15. Resultado obtenido a la semana.

DISCUSIÓN

El cierre de defectos cutáneos mediante la aproximación con las cintas ajustables de nylon o Tie-Rap, representa una alternativa quirúrgica viable y que ofrece gran versatilidad. Este material puede ser utilizado como una técnica valedera para el cierre de defectos cutáneos causados por diferentes etiologías.

Entre los beneficios que brinda, son el ser de bajo costo, se puede obtener fácilmente, su colocación es sencilla, y brinda a la herida un resultado estético aceptable, sin comprometer otros tejidos, como la utilización de piel o músculos, al realizar colgajos.

Existen zonas del cuerpo donde es necesaria una cobertura adecuada, entre ellas podemos nombrar, el cuero cabelludo, donde la realización de injertos, brinda un resultado poco cosmético, la realización de colgajos en esa zona, amerita una movilización amplia, y crea cicatrices inestéticas. Se puede decir lo mismo de la rodilla, el muslo y la pierna, donde para obtener una cobertura adecuada de las estructuras óseas, se necesita rotar tejido muscular. El cierre de defectos a nivel del pie y el talón son complejos, y acarrean deformidades que pueden comprometer la función, y en ocasiones impiden la utilización del calzado. A nivel abdominal, el uso de estos dispositivos evita cicatrices y brinda una apariencia adecuada.

En los casos tratados con esta técnica se logró resolver el defecto cutáneo de forma rápida, y con resultados estéticos aceptables. Observamos en uno de los casos el desgarro de uno de los bordes del defecto, aunque esto no comprometió la resolución del defecto.

REFERENCIAS

1. Chávez-Cartaya R, Jirón-Vargas A, Pinto S, Carretta M, Pino-De Sola G, Vegas A, Pifano E. Adjustable nylon ties for abdominal wall closure. Am J Surg 1992;163:609-612.
2. Hirshowitz B, Lindenbaum E, Har-Shai Y. A skin-stretching device for the harnessing of the viscoelastic properties of skin**.** Plast Reconstr Surg 1993;92:260-720.

Cir Plast Reconst Venez 1999;1(1):34-37

Discurso de Orden en la celebración de los 40 años de la Sociedad Venezolana de Cirugía Plástica, Reconstructiva, Estética y Maxilofacial, diciembre 1996

Dr. José Antonio Ortiz

Expresidente de la Sociedad Venezolana de Cirugía Plástica, Reconstructiva, Estética y Maxilofacial

Señor Presidente y demás miembros de la Sociedad Venezolana de Cirugía Plástica, Estética y Maxilofacial
Miembros fundadores, invitados especiales, Señoras y Señores

Es para mi un honor haber sido invitado como conferencista en esta noche tan importante para nuestra Sociedad y para todos sus integrantes, donde se entremezclan nuestros sueños y realidades.

Estamos en el protagonismo de la noticia en el ámbito médico, ya que hace 40 años un grupo de cirujanos plásticos, otros en formación y otros amigos de la especialidad o vinculados a ella, le dieron un marco legal y gremial a una disciplina que estaba en fase de comienzo, abriéndose paso en las ramas de la Cirugía General, y que comenzaba a brillar con luz propia.

La Sociedad se funda el 12 de diciembre de 1956 y la primera Junta Directiva quedó constituida así:

Presidente:	Antonio Rodríguez De Lima
Secretario:	Domingo Lucca Romero
Vicepresidente:	Rafael Contreras Uzcátegui
Vocales:	José Barros Saint-Pasteur
	José Ochoa

Los otros firmantes del acta: Gonzalo Espinel, Miguel Ortega, Oscar Rejón, Francisco Vivas, Luisa Romero de Johnston y Alfonzo Benzecry.

El Acto de Instalación fue el 07-03-57, en el Colegio de Médicos del Distrito Federal.

El discurso de orden fue por el Dr. Jorge Figarella (sobre la vida de Hernán De Las Casas).

Los estatutos fueron elaborados por los Doctores: Domingo Lucca y José Ochoa.

Las finalidades de la Sociedad:

1. Incrementar el estudio y difusión de la especialidad.
2. Velar por el mantenimiento de los principios éticos.
3. Cuidar el buen nombre de sus asociados.

Se da inicio a la difusión científica de la especialidad y se planifican reuniones conjuntas con Cirugía General, Oncología, Dermatología, Traumatología, etc..., todo esto en busca de mayor auditorium ya que todavía éramos pocos en la Sociedad y necesitábamos demostrar que hacíamos o éramos capaces de hacer.

El Congreso IX que se efectuaría en Caracas en 1959, hubo que aplazarlo por la situación política, y también por la muerte de Domingo Lucca Romero, se pasó a Brasil y se realizó en San Paulo 1960.

Nuestro 1$^{er.}$ Congreso fue el II Latinoamericano Zona Norte en 1964, en el Macuto Sheraton. Fue un éxito total y de ahí nos animamos a realizar el I Congreso Venezolano en 1965 en Maracaibo, bajo la Presidencia del Dr. Rafael Soto Matos, y por su capacidad de convocatoria, por el apoyo institucional y de la comunidad, fue un éxito total.

En un acto especial se devela un retrato del

Dr. Domingo Lucca, y el discurso de orden fue del Dr. José Ochoa, discípulo del Dr. Lucca.

Actos

- Declaración de Caracas 1964.
- Semana del quemado 1965 (noviembre de cada año).
- El II Congreso Venezolano 1974 (Hotel Tamanaco-Caracas). Lo presidió también Rafael Soto Matos.

Este fue el último Congreso Latinoamericano porque al ingresar España y Portugal, se transforma en Federación Iberolatinoamericana. Su Secretario electo fue Javier Ojeda de México y el siguiente Congreso se realizó en Quito, en 1976.

- El III Congreso Venezolano 1975, fue en Puerto Ordaz, con Celestino Zamora como Presidente.
- El IV Congreso en San Cristóbal 1977, con Ricardo Benvenuto como Presidente.
- El V Congreso fue en la ciudad de Maracay 1979, con el Dr. José Antonio Ortiz como Presidente.
- El VI Congreso fue en Valencia 1980, con el Dr. Héctor de De León como Presidente.
- El VII Congreso se realizó en la ciudad de Maracaibo en 1982, siendo su Presidente el Dr. Luis Moreno Guerra.
- El VIII Congreso en el Hotel Macuto Sheraton en 1984, presidido por el Dr. Jesús Alfaro.
- El IX Congreso en 1986, fue en la ciudad de Puerto La Cruz, con el Dr. José Luis Pimentel como Presidente.
- El X Congreso se realiza en el Macuto-Meliá de Caraballeda en 1988, con el Dr. Alberto Chity como Presidente.
- El XI Congreso en Ciudad Bolívar en 1990, presidido por el Dr. Celestino Zamora.
- El XII Congreso en Barquisimeto en el año 1992, presidido por el Dr. Carlos Igor Alcalá.
- El XIII Congreso realizado en Mérida en el 1994, presidido por el Dr. Aníbal Mussa.
- El XIV Congreso se efectua en Caracas, presidido por el Dr. José Ochoa (1996).
- El XV correspondió a Puerto La Cruz, presidido por la Dra. Marisol Graterol (1998).

A lo largo de nuestros congresos, se han abordado temas específicos, tanto para la especialidad como beneficio a la colectividad. El primero es sobre quemaduras, desde 1964 en que uno de los temas principales fue "Problema social del quemado". La "Declaración de Caracas", con 6 puntos fundamentales y creación de "Comité Latino-Americano" para la prevención y asistencia de las quemaduras (CLAPAQ) que en 1974, con el ingreso de España y Portugal se llama (CILAPAC), en 1965 se incorpora la "Semana del quemado" a celebrarse todos los años en noviembre.

Para conmemorar incendio en Lagunillas (de agua) en noviembre 16 de 1935. Lago de Maracaibo.

El I Congreso de Quemaduras en Caracas en el 1977, con el lema "Mejor es no quemarse".

En el VII Congreso de Caraballeda la "Declaración de Caraballeda", en 1984.

El 03-11-83 "Declaración de Punto Fijo".

En 1981 el MSAS declara a las quemaduras como Patología de "Denuncia obligatoria". También decide el MSAS fabricar en sus laboratorios la "Sulfadiazina de Plata". También se realizan Congresos de Quemaduras:

I Caracas 1977. Presidente el Dr. Antonio Rodríguez.

II Maracaibo 1987. Presidente el Dr. Rafael Soto Matos.

III Maracay fue la sede de este congreso siendo su presidente el Dr. José A Ortiz.

El IV año 93 en Caracas (Dr. Eduardo Mayorca).

El V en Barinas (Dr. MA Peluzzo 1995).

El VI año 97 en Ciudad Bolívar (Dr. Celestino Zamora).

Semblanzas

Como siempre nuestros alumnos o colegas más jóvenes nos preguntaban, que quiénes fundaron la Sociedad de Cirugía Plástica y qué hacían, trataré de resumir un poco las ideas o recuerdos de esa época tan especial, tanto para mí, como para la especialidad. Por mi condición de bachiller residente del Traumatológico del IVSS, del Puesto de Salas y bachiller adscrito al Servicio de Cirugía Plástica del Hospital Vargas, estuve en contacto con la especialidad en sus fases de comienzo y desarrollo, ya que allí se iniciaron consultas que luego fueron servicios, y todavía perduran para bien de todos.

En el Traumatológico fui attache de Rafael Coutinho González, en Salas de Manuel Humberto D'Elía.

Trataré por tanto de hacer unas semblanzas de los que firmaron el acta constitutiva y cómo los conocí o dónde estaban:

• Rodríguez De Lima

Lo conocí en la Sala 13 del Vargas en ocasión de consultarle sobre una fractura nasal sufrida a finales de 1956. A mediados del año 57 me intervino en la Clínica Santa Ana de San Bernardino. Después lo volví a ver, luego del fallecimiento del Dr. Domingo Lucca en 1959, cuando iba a operar al Traumatológico de Santo Tomás, con el Dr. Alfonzo Benzecrey y el Dr. Manlio Hernández. Por mi interés en los quemados y en el resto de las reconstructivas, el Dr. Rodríguez de Lima me ofreció adscribirme al Servicio del Vargas, donde tenía 2 Salas (13 y 18) con 42 camas más otras camas en los diferentes Servicios: Cirugía General, Traumatología, Dermatología, etc.

Habían tres turnos quirúrgicos a la semana.

Fui ayudante privado por 3 años, y me brindó su amistad, sus consejos y sus enseñanzas. Al irme a Maracay, me llamaba semanalmente para enterarse de mis avances. Disfruté su amistad hasta su muerte.

• Domingo Lucca

Cuando ingresé como bachiller del Traumatológico en 1958. Lo conocí mientras operaba. Iba una vez a la semana, operaba secuelas, tumores, colgajos, injertos, etc. En fin reconstructivas principalmente, ya que los traumatólogos no soltaban ni quemaduras, ni fracturas de la cara (porque cobraban unidades de trabajo). Era callado, muy seguro en lo que hacía, no gustaba hablar mientras operaba.

También lo busqué cuando mi fractura y uno de los morochos Ochoa me llevó a su consulta en San Bernardino frente a la SHELL (actualmente Comandancia de la Marina). Creo que era al lado del antiguo restaurante Los Jardines, pero no estaba en Caracas.

• Rafael Contreras

Lo conocí en el Puesto de Salas, en la Consulta de Cirugía Plástica. La pasaba dos veces a la semana y era numerosa. Parco en el hablar, pero era receptivo; y le gustaba aclarar dudas a los bachilleres. A los que se interesaban en la especialidad los invitaban a las intervenciones que practicaba en horas de la tarde.

• José Barros

Lo conocí en su consultorio de la Castellana y luego en el Congreso de 1964 en el Sheraton y nos encontramos de nuevo en Buenos Aires en el Congreso del año de 1965. Cordializamos mucho y nos invitó a Eleazar Figallo, a Roger Galindo y a quien les habla a que formáramos parte del Servicio que pensaba desarrollar en la Cruz Roja, le agradecí el gesto y le manifesté mis deseos de irme al interior al terminar mi Pos-Grado. Después tuvo la deferencia conmigo de ir a Maracay a enseñarme las técnicas de Víctor Veau, de Labio y Paladar. Operamos 4 casos.

• José Ochoa A

Lo conocí en la Cruz Roja por intermedio de David Loyo. Luego en el Congreso de 1964. Compartimos muchos ratos, tanto científicos como sociales. Luego en los Congresos Nacionales hemos continuado la amistad. Fue alumno y ayudante del Dr. Lucca Romero en el Centro Médico, Traumatológico de IVSS y Cruz Roja.

• Alfonzo Benzecry

Fue el ayudante de mi intervención en 1957. Después cuando se incorporó al Traumatológico, y luego cuando me adscribí al Servicio del Hospital Vargas como Bachiller, me brindó todo su apoyo tanto de él como del Servicio. Hemos sido buenos amigos desde esa época. Fui su ayudante en la Clínica Razetti.

• Gonzalo Espinel

Era traumatólogo del Seguro en Santo Tomás. Manejaba bien los colgajos, era comunicativo y era el encargado de supervisar a los bachilleres residentes (éramos 36 más los attaches). Todos tenemos gratos recuerdos de su persona y de sus actuaciones. Ayudaba frecuentemente al Dr. Lucca y cuando estaba de guardia nos mandaba a los bachilleres residentes a ayudarlo.

• Miguel Ortega

Lo conocí en el Servicio de Cirugía del Vargas y estaba dedicado a Vascular Periférico y luego a Cirugía Cardiovascular. Hablador, comunicativo. Buen amigo de todos.

• Oscar Rejón

Del Vargas también; lo conocí en el Servicio de Radiología, era adjunto y fue el eterno Secretario de la Comisión Técnica del Vargas.

• Francisco Wolferman Vivas

Creo que fue el primer Residente del Servicio de Cirugía Plástica del Vargas, ya que antes eran Residentes del Departamento de Cirugía que rotaban por las salas 13 y 18. No lo conocí en esa oportunidad porque había renunciado y el cargo lo tomó Pedro Egui Medina, quien esperaba la apertura del Pos-Grado de Ginecología del Dr. Benaim. A Vivas lo conocí en el Hospital San Juan de Dios de Sabana Grande en 1966, como anestesiólogo. Iba con Manlio Hernández y Luis Ceballos algunos sábados a intervenciones de la especialidad y me comentó que salió loco del Vargas con tanto trabajo; ya que era Residente único, además había muchas sub-especialidades. En Cirugía Plástica.

• Luisa Romero de Johnston

La conocí cuando ingresé como bachiller al Servicio del Vargas en 1960. Fue nuestra hada madrina, preocupada por todos, nos enseñó desde hablar en público hasta un caudal de conocimientos, alma y vida de UNIRMA, junto a María Josefina Delgado, participaba en las discusiones de casos en las Revistas y Seminarios, publicaba trabajos, daba conferencias en Caracas, el interior, exterior, etc.

El Maestro, decía que era “pico de oro”, cuando agarraba la palabra no la soltaba, cariñosa, buena amiga. Ella hizo más placentera nuestra estadía en el Servicio.

En fin colegas, señoras y señores, he querido con estas semblanzas, dejar para ustedes un poco de la historia inicial de nuestra Sociedad; ya que ustedes o sus alumnos escribirán las de sus Servicios, para que no se pierda la vivencia de la Especialidad.

Gracias

Cir Plast Reconst Venez 1999;1(1):38-39

Del Boletín Informativo a la Revista de la Sociedad 1978-1999

Dr. Carlos Nieto Sánchez

Miembro Titular SVCPREM

Los hechos de la vida cotidiana de las mujeres y los hombres, merecen ser registrados, si son de alguna manera relevantes para la sociedad. Sobre sus cimientes crece y se desarrolla la evolución histórica.

Es por eso, que hemos querido hacer un sucinto registro de la breve historia de las comunicaciones en la etapa moderna de la cirugía plástica en Venezuela.

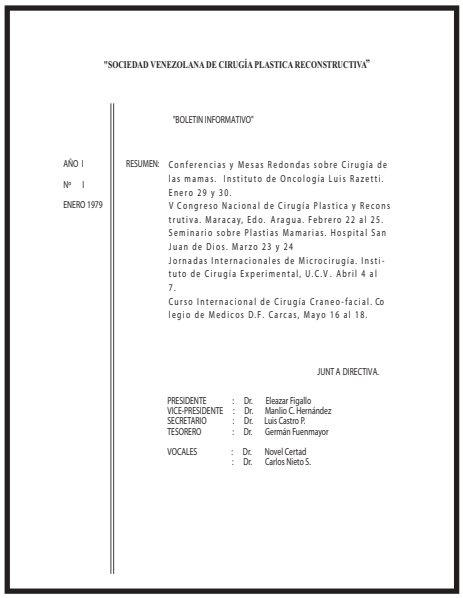
La cirugía plástica, maravillosa disciplina, a la cual nos dedicamos un grupo de compatriotas, es tan antigua como la historia misma de la medicina. En Venezuela, se iniciaba el año de 1894, cuando el Dr. Alberto Contanier, en el recién inaugurado Hospital Vargas de Caracas, practica una rinoplastia a un paciente. De esta manera está registrado en los archivos de historias clínicas de este honorable hospital. Algunos autores consideran esta fecha como el inicio de la especialidad en el país. En su evolución hasta nuestros días, los registros históricos, destacan la acreditación del Dr. Lucca Romero como el primer cirujano plástico formado y dedicado por entero a la especialidad y creador de los tres primeros Servicios de Cirugía Plástica y Reconstructiva en Venezuela. En el año de 1956 con un grupo de destacados médicos, crea la Sociedad Venezolana de Cirugía Plástica y Reconstructiva.

Las comunicaciones entre los miembros de la recién nacida Sociedad y el resto de los miembros de la comunidad médica, se realizaban en las reuniones ordinarias de la Sociedad, en los encuentros y congresos. El único registro escrito correspondía a las actas de la Sociedad, en la cual destacan los apuntes impecables del Dr. Carlos Arocha Luna.

Así, transcurren algo más de 20 años de actividades, de crecimiento y consolidación de la especialidad, hasta que en el año de 1978, durante la gestión del Dr. Eleazar Figallo, como Presidente de la Sociedad, él impulsa la idea de crear un boletín informativo, que facilitara difundir entre los agremiados las actividades nacionales e internacionales de la especialidad, además de permitir, a su Directiva, expresarse a través de la Editorial.

Es así, como en enero del año 79 sale a la luz el primer "Boletín Informativo". Estas primeras ediciones fueron realizadas artesanalmente, copiadas en sistema *Offset* y distribuidas entre todos los miembros inscritos de la Sociedad. Todos los integrantes de la Directiva tuvimos el honor de compartir esa responsabilidad.

La Figura 1 ilustra la portada del Boletín Nº 1, Año I, de enero de 1979. Años más tarde, durante la gestión del Dr. Manlio Hernández, el "Boletín Informativo" cobró un nuevo aspecto.



"SOCIEDAD VENEZOLANA DE CIRUGÍA PLASTICA RECONSTRUCTIVA"

"BOLETIN INFORMATIVO"

AÑO I
Nº I
ENERO 1979

RESUMEN: Conferencias y Mesas Redondas sobre Cirugia de las mamas. Instituto de Oncología Luis Razetti. Enero 29 y 30.
V Congreso Nacional de Cirugía Plastica y Reconstrutiva. Maracay, Edo. Aragua. Febrero 22 al 25.
Seminario sobre Plastias Mamarias. Hospital San Juan de Dios. Marzo 23 y 24
Jornadas Internacionales de Microcirugía. Instituto de Cirugía Experimental, U.C.V. Abril 4 al 7.
Curso Internacional de Cirugía Craneo-facial. Colegio de Medicos D.F. Carcas, Mayo 16 al 18.

JUNTA DIRECTIVA.

PRESIDENTE : Dr. Eleazar Figallo
VICE-PRESIDENTE : Dr. Manlio C. Hernández
SECRETARIO : Dr. Luis Castro P.
TESORERO : Dr. Germán Fuenmayor

VOCALES : Dr. Novel Certad
: Dr. Carlos Nieto S.

Figura 1. Boletín Informativo de la Sociedad Venezolana de Cirugía Plástica y Reconstructiva, enero 1979.

La Figura 2 muestra la carátula del número correspondiente a septiembre de 1981, la cual permite ver algunas de las modificaciones.

El Dr. Alfredo Coello logró el soporte de una Casa Comercial (Convatec de Bristol-Myers-Squibb) y el "Boletín" con un renovado diseño fue impreso por la Editorial Litobrit, C.A. El número que mostramos en la Figura 3, corresponde al mes de febrero del año 1998.

Hoy, al cumplirse 20 años del inicio de esta actividad informativa, la cual se acreditó en el tiempo y en su misión, la Directiva de la Sociedad, bajo la Presidencia del Dr. Rafael Stopello, aprobó la creación de la "Revista Venezolana de Cirugía Plástica y Reconstructiva"; la cual dará continuidad al "Boletín Informativo", además de convertirse en el órgano oficial de divulgación científica de la Sociedad. Su edición estará regida por las Normas Nacionales de acreditación y Publicaciones, de la Asociación de Revistas Médicas Venezolanas (ASEREME) y por los Reglamentos Internacionales de Publicación (Normas de Vancouver). Estará debidamente indexada nacionalmente, lo cual permitirá que en breve tiempo pueda estar en el index internacional.

Figura 2. Boletín Informativo de la Sociedad Venezolana de Cirugía Plástica, Reconstructiva, Estética y Maxilofacial, septiembre 1981.

Figura 3. Boletín de la Sociedad Venezolana de Cirugía Plástica Reconstructiva Estética y Maxilofacial, febrero 1998.

Saludamos de cara al nuevo milenio, la incorporación de la Revista de la Sociedad; y sentimos la satisfacción en compañía de todos los miembros por la continuidad y el mejoramiento de nuestra primera fuente de información y divulgación.

Desde aquí nuestras palabras de aliento al grupo editorial y nuestra solicitud a todos los cirujanos plásticos de Venezuela, para que con entusiasmo publiquen su quehacer diario, bajo el rigor científico de una publicación médica.

Cir Plast Reconst Venez 1999;1(1):40-41

Reseña acerca de la Sociedad Internacional de Cirugía Plástica-Estética (ISAPS)

Dr. Reinaldo Kube León

Secretario Nacional

La Sociedad Internacional de Cirugía Plástica Estética (*The International Society of Aesthetic Plastic Surgery*), cuyas siglas son: ISAPS, constituye el Capítulo de Cirugía Estética de la Confederación Internacional de Cirugía Plástica, Reconstructiva y Estética. No obstante, es autónoma en su funcionamiento y ejecutoria, ya que dispone de Comité Ejecutivo propio, con su Junta Directiva y Tesorería particular. Actualmente tiene miembros de más de 45 países.

Realiza un Congreso cada dos años, y aproximadamente dos cursos instruccionales de posgrado por año, apoyados generalmente por el Secretario Nacional de ISAPS, y eventualmente por la Sociedad de Cirugía Plástica y Reconstructiva del país correspondiente. Actualmente pasa de 50 el número de cursos realizados alrededor del mundo.

Es una Sociedad muy activa y de avanzada en la promoción y difusión de las nuevas tecnologías y conceptos quirúrgicos en el campo de la Cirugía Estética Universal.

La Revista Científica, órgano oficial divulgativo de la Sociedad, es la *Aesthetic Plastic Surgery*, con seis números al año en los actuales momentos.

Los Miembros Fundadores fueron: Salvador Castañares (EE.UU.), Guillermo Nieto Cano (Colombia)*, Mario González-Ulloa (México)*, Ulrich Hinderer (España), Perseu Castro de Lemus (Brasil), John R Lewis, Jr (EE.UU.), Ernesto F Malbec (Argentina)*, Héctor Marino (Argentina), Rodolphe Mayer (Suiza), John C Mustardé (Escocia), David Serson Neto (Brasil), José C Viñas (Argentina)*.

*Fallecidos.

El Primer Presidente de esta organización fue el Dr. John R Lewis, Jr, entre los años 1970-1973; y el Primer Congreso fue realizado en la ciudad de Río de Janeiro, Brasil, en el mes de febrero de 1972, siendo el Presidente el Dr. David Serson Neto, y como Presidente del Comité Científico: el Dr. Ulrich T Hinderer.

Al año siguiente, en junio de 1973, se realizó el II Congreso, en Jerusalem, Israel, teniendo como Presidente del Comité Organizador local al Dr. Leo Bornstein, y como Presidente del Comité Científico, al Dr. Paul Wilflingseder.

El III Congreso se realizó en la ciudad de París, Francia, en agosto de 1975, figurando como Presidente del Comité organizador local, al Dr. Roger Mouly, como Vicepresidente, el Dr. Jacques Oulié, y como Presidente del Programa Científico, el Dr. Lester Cramer.

En Ciudad de México, México, en el mes de abril de 1977, se llevó a efecto el IV Congreso, teniendo como Presidente del Comité organizador local del Congreso, al Dr. Mario González-Ulloa, y como Presidente del Programa Científico, al Dr. José Guerrerosantos.

El V Congreso de ISAPS, se realizó nuevamente en la ciudad de Río de Janeiro, Brasil, en el mes de mayo de 1979, siendo el Presidente del Comité Organizador local, el Dr. Ricardo Baroudi, acompañándolo como Presidente del Programa Científico, el Dr. Mario González-Ulloa.

En la Ciudad de Tokio, Japón, en septiembre-octubre de 1981, se llevó a cabo el VI Congreso, siendo el Presidente del mismo el Dr. Seiichi Ohmori, y el Presidente del Programa Científico, el Dr. Julien Reich.

El VII Congreso, caracterizado de alguna manera por el gran impulso que se le imprimió durante el desarrollo del mismo a la liposucción, fue realizado en la ciudad de Montreal, Canadá,

en junio-julio de 1983, siendo el Presidente del mismo, el Dr. Jean Paul Bossé, quien para ese momento ocupaba el cargo de Presidente de la Confederación Internacional de Cirugía Plástica. El Dr. Bruce Williams, como Presidente del Comité Científico local. El William RN Lindsay, Presidente del Comité Científico de ISAPS. La Dra. Paule Regnault y el Dr. Colette Perras, como Presidente del Comité local.

En la ciudad de Madrid, España, teniendo como Presidente del Comité Organizador local al Dr. Benito Vilar-Sancho; y al Dr. Ulrich Hinderer, como Presidente del Comité Científico, se llevó a efecto el VIII Congreso de la Sociedad en el mes de septiembre de 1985.

De Europa, pasamos dos años después, a Norteamérica, donde en la ciudad de Nueva York, en el Estado de Nueva York, se realizó en el mes de octubre de 1987, el IX Congreso. En dicho Congreso, el Dr. James Smith, fue el Presidente del Comité Organizador local, y el Dr. Sherrell Aston, Presidente del Comité Científico.

De regreso nuevamente a Europa, en la ciudad de Zurich, Suiza, en el mes de septiembre de 1989, la Dra. Trudy Vogt-Suter, como responsable de la Presidencia del Comité organizador local, y el Dr. Frederick Nicolle, encargado de la Presidencia del Comité Científico, realizaron con todo éxito el X Congreso de la Sociedad.

En la ciudad de Guadalajara, México, en el mes de febrero de 1992, se efectuó el XI Congreso de ISAPS. El Presidente del Comité organizador local fue el Dr. José Guerrerosantos; y el Presidente del Comité Científico fue el Dr. Thomas Biggs.

Nuevamente de regreso al Continente Europeo, en la ciudad de París, Francia, se realizó el XII Congreso, en el mes de septiembre de 1993. En este Congreso se presentaron algunos trabajos iniciales acerca de la liposucción ultrasónica, de gran controversia por cierto. El Presidente del Comité organizador local lo fue el Dr. Guy Jost; y el Presidente del Comité Científico, el Dr. Blair O Rogers.

El XIII Congreso, se realizó nuevamente en la ciudad de Nueva York, en el Estado de Nueva York, en el mes de septiembre de 1995. El Presidente de dicho Congreso fue el Dr. Blair O Rogers; y el Presidente del Comité Científico el Dr. Peter B Fodor.

El XIV Congreso de ISAPS, fue realizado en la ciudad de Sao Paulo, Brasil, entre los días mayo 31 a junio 3, del año 1997, teniendo como Presidente del Comité organizador local al Dr. Joao Sampaio Goes, y como Presidente del Comité Científico al Dr. Rolf Gemperli.

El XV Congreso será realizado en el año 2000, en la ciudad de Tokio, Japón, en el mes de abril, entre los días 5 al 8. El mismo se efectuará en el Nihon Toshi Center Kaikan. El Presidente de dicho Congreso será el Dr. Nobuyuki Shioya. El Presidente del Comité Científico será el Dr. Kitaro Ohmori.

Actualmente, el Presidente del Comité Ejecutivo de ISAPS, es el Dr. Kiyotaka Watanabe, de Japón.

Cir Plast Reconst Venez 1999;1(1):42

CILAPAQ se cambia el traje

Dr. Guido Petit Pifano

¿Qué es CILAPAQ?
¿Qué es AVQ?

Durante el año 1964, entre el 9 y 14 de agosto, se realiza en Caraballeda, Venezuela, el I Congreso Latinoamericano de Cirugía Plástica (Zona Norte), presidido por el Dr. Antonio Rodríguez de Lima. Uno de los temas desarrollados, y el que tuvo mayor relevancia fue "Aspectos sociales y asistenciales de las quemaduras en Venezuela", donde participaron entre otros, los Drs. José Ochoa y Rafael Soto Matos, por Venezuela, Mario González Ulloa (Coordinador-México), Fortunato Benaím (Argentina), David Matthews (Inglaterra). La importancia y lo significativo del tema llevó a la llamada "Declaración de Caracas", la cual consta de 6 puntos fundamentales y que reproduciremos al final, así como la creación de CLAPQ (Comité Latinoamericano para la Prevención y Asistencia de las Quemaduras), organismo que históricamente pasa a ser el primero creado en el mundo con este fin. Diez años después, 1974, en Caracas, durante el XIII Congreso Latinoamericano y II Venezolano de Cirugía Plástica el CLAPQ, se transforma en CILAPAQ al ingresar España y Portugal, es decir, ya tenía carácter Iberolatinoamericano.

Durante el II Congreso Iberolatinoamericano de Quemaduras (Acapulco, México 21 al 25 de octubre de 1997), se estructuró en forma definitiva la Federación Latinoamericana de Quemaduras —FELAQ—, quedando ésta integrada por todas las asociaciones nacionales de quemaduras allí presentes, y llevando ello, en una forma obligatoria, a la sustitución de CILAPAQCV (Capítulo Venezuela) por AVQ (Asociación Venezolana de Quemaduras).

Es de hacer notar que durante ese Congreso le fue otorgada a Venezuela la sede del III Congreso Latinoamericano, quedando el Dr. Antonio del Reguero como Presidente y el cual será desarrollado en octubre de 1999, conjuntamente con el VII Congreso Venezolano.

Todo lo anteriormente expuesto fue presentado en la Asamblea de la Sociedad en Puerto La Cruz, durante el XV Congreso y allí se aprobó la constitución de AVQ, manteniéndose la misma directiva (fue lo que llamamos en un boletín de la sociedad "el mismo musiú con diferente cachimbo"). Actualmente se está trabajando en la actualización de los estatutos de AVQ, con el fin de presentarlos a la asamblea para su definitiva aprobación.

Finalmente, como un recuerdo y honrando a los ponentes de aquel día de 1964, reproducimos la Declaración de Caracas y sus 6 objetivos fundamentales, recordando que "el pueblo que no conoce su historia está obligado a repetirla".

Declaración de Caracas

Los 6 objetivos de este Comité:

1. Dirigirse a los poderes públicos de los países del continente para que se consideren y declaren la prevención y asistencia de las quemaduras, como un problema social de trascendencia nacional.
2. Solicitar ante los gobiernos nacionales todo el apoyo moral y económico para que los programas de prevención y asistencia al quemado puedan ser desarrollados.
3. Gestionar la creación de servicios especializados para la asistencia integral del quemado y brindar su asesoramiento técnico.
4. Estimular y coordinar la investigación tendiente al mejor conocimiento del problema biológico del quemado y realizar actualizaciones periódicas de su tratamiento.
5. Preparar programas básicos de enseñanza para la formación de profesionales y auxiliares especializados.
6. Solicitar la cooperación de la comunidad y de las entidades privadas para que estos planes puedan cristalizar en franca realidad.

AVQ te invita a asistir y participar en el congreso a realizarse en octubre en Puerto La Cruz.

Cir Plast Reconst Venez 1999;1(1):43

¿Qué hace la Sociedad?

Dr. Guido Petit Pifano

Vice Presidente, SVCPREM

Nuestra Sociedad, fundada el 12 de diciembre de 1956, tiene por objetivo fundamental el incrementar el estudio y la difusión de la Cirugía Plástica y Reconstructiva en el país, así como velar por el mantenimiento de los principios éticos indispensables en el ejercicio de la especialidad.

Entre sus aportes al desarrollo de la Cirugía Plástica podemos citar:

1. El haber organizado hasta la fecha, quince [15] Congresos Nacionales. Es de resaltar que el II, realizado en Caracas, en 1974, se llevó a cabo junto al XIII Congreso Latinoamericano y, que durante éste, al integrarse España y Portugal, se crea la Federación Iberolatinoamericana, así como la Fundación Educacional Iberolatino-americana de Cirugía Plástica.
2. El haber organizado seis [6] Congresos de Quemaduras; estando programado para octubre de este año, el III Congreso Latinoamericano de Quemaduras, conjuntamente con el VII Congreso Venezolano de Quemaduras y en lo cual le estamos dando todo el respaldo a AVQ.
3. El haber organizado 24 encuentros de Residentes, con el apoyo de los Servicios Docentes del país.
4. El haber realizado gran cantidad de cursos, avalado o apoyado a otros; así como haber colaborado con otras Sociedades como la Sociedad Venezolana de Cirugía en la fundación del Capítulo de Cirugía Plástica; colaborando también con la Sociedad de Oncología y Mastología en la realización de sus Congresos.
5. El haber respaldado, asesorado y apoyado a varios de nuestros afiliados ante acusaciones de mal praxis médica. Por ello recomendamos a los cirujanos plásticos, en especial a los recién egresados de los cursos de posgrado, afiliarse a la Sociedad.
6. El haber realizado en el mes de marzo el Primer Simposium Colombo-Venezolano de Cirugía Estética Facial, el cual contó con cuatro distinguidos expositores de nuestra sociedad hermana, de grata recordación por la alta calidad científica. Evento que sirvió para reafirmar que la cirugía estética facial es por derecho propio y natural, territorio del cirujano plástico. A corto plazo informaremos de la publicación de sus memorias.

Actualmente tenemos como objetivos a corto plazo el desarrollo de nuestra Biblioteca, contando para los momentos con 11 revistas extranjeras de la especialidad. Otro objetivo es el de mejorar nuestro sistema de comunicaciones, en especial en el campo de la informática, con la adquisición de un moderno equipo, así como una página en la Web, la cual se encuentra actualmente en elaboración.

Te invitamos a visitar nuestra Sociedad, a opinar, a hacer sugerencias, necesitamos gente que quiera colaborar en pro de nuestra Especialidad y de la Sociedad.

Cir Plast Reconst Venez 1999;1(1):44-48

Curriculum en cirugía plástica

Dr. Carlos Nieto Sánchez

Profesor del Curso de Posgrado de Cirugía Plástica Universidad Central De Venezuela, Facultad de Medicina.
Hospital Militar "Dr. Carlos Arvelo", Caracas

"Instruiré con preceptos, lecciones orales y demás modos de enseñanzas a mis hijos y a los de mis hermanos, y a los discípulos que se me unan, bajo convenio y juramento que determine la Ley Médica, y a nadie más".

Hipócrates
460- 377 A.C.
Isla de Cos.

Así ha sido desde entonces. Todos los Médicos de alguna forma enseñamos. Todos hemos sido alumnos. Al darse inicio la etapa moderna de la Cirugía Plástica en Venezuela, Lucca Romero y Rodríguez de Lima comenzaron a desarrollar la infraestructura asistencial de la nueva especialidad en el país, creando los Servicios de Cirugía Plástica en el Hospital Vargas de Caracas, Traumatológico del Seguro Social y Hospital Oncológico Luis Razetti. Algunos años más tarde, en los Hospitales de la Cruz Roja Venezolana, Universitario de Caracas, Miguel Pérez Carreño del Seguro Social y en Hospital Central de las Fuerzas Armadas son creados los Servicios de Cirugía Plástica dando origen a los hoy destacados Servicios sedes de los diversos Cursos de Posgrado de la Especialidad (1).

En cada uno de estos, a la actividad asistencial, se añade casi de inmediato la práctica docente y de investigación clínica. Los primeros especialistas se forman con el trabajo cotidiano y la enseñanza tutorial. Después salen a Centros Internacionales a completar su formación, y al regresar al país se incorporan a los servicios públicos y a la enseñanza.

La Sociedad de Cirugía Plástica tiene un papel protagónico en esta actividad docente, comienza por reglamentar y definir la especialidad. Señala los requisitos para que un servicio pueda desarrollar actividad docente. La Universidad del Zulia permite crear la primera cátedra de Cirugía Plástica a cargo del Profesor Dr. Rafael Soto Matos. En Caracas la Facultad de Medicina de la Universidad Central acredita el Posgrado de Cirugía Plástica de la Cruz Roja Venezolana, dirigido por el Profesor Dr. Eleazar Figallo.

El desarrollo de la especialidad, el crecimiento en nuevas áreas de investigación, el incremento del número de alumnos en cada curso de posgrado, empujaron el cambio. Hicieron que el sistema de enseñanza, aprendizaje tutorial y familiar fuera de alguna forma insuficiente. Las Escuelas de Posgrado en las Universidades, y los especialistas en educación superior inundaron el ambiente académico. Había la necesidad imperiosa de hacer diseños curriculares modernos, adaptados a la metodología internacional.

La Sociedad de Cirugía Plástica, siempre a la vanguardia, convocó a un primer Seminario Nacional de Educación en Cirugía Plástica. Algunos años después se realizó un segundo encuentro con características similares. En estos encuentros participaron todos los cirujanos vinculados a los servicios de enseñanza en el país. Tuve el honor, por designación de las respectivas Directivas, de ser el Secretario Ejecutivo de estos encuentros. Creo, no equivocarme al decir, que la educación moderna de la especialidad tiene sus bases en las conclusiones de estos dos primeros seminarios nacionales.

En el seno del Comité Académico de Cirugía Plástica, el cual reúne a los Directores y Coordinadores Docentes de los Posgrados

acreditados ante la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela y con un representante de la Sociedad de Cirugía Plástica se hizo parte de la agenda, estudiar y estructurar un modelo curricular único para todos los posgrados del país, lo cual, permitiría en el tiempo desarrollar actividades compartidas, aunando esfuerzos, ante un objetivo común.

Es así, que en el año 97 la Sociedad y el Comité Académico deciden realizar una actividad conjunta la cual correspondió al "III Seminario de Estudios de Posgrado de la Sociedad Venezolana de Cirugía Plástica" y una actividad complementaria de las "V Jornadas de Posgrado de la Facultad de Medicina" (2), compartimos la responsabilidad con el delegado de la Sociedad de coordinar todo lo referente al Seminario, siendo desarrollado por los siguientes Profesores:

Dr. Nicomedes Fariñas G.	*S.V.C.P.R.E.M.F.
Dr. Rafael Stopello	S.V.C.P.R.E.M.F.
Dra. Betty de Zoghbi	S.V.C.P.R.E.M.F.
Dra. Rosa de Cuenca	Comité Académico
Dr. Pablo Hidalgo	Comité Académico
Dr. Reinaldo Kube L	Comité Académico
Dr. Carlos Nieto S	Comité Académico
Dr. Marcos Oziel	Comité Académico
Dr. Miguel Angel Chirinos	Hospital Vargas
Dr. Bruno Del Bianco	Hospital Domingo Luciani
Dr. Luis Castro Pimentel	Hospital Jesús Yerena
Dr. Rafael Stopello M	Hospital Central Maracay
Dr. José Luis Saboin	Instituto Oncológico Luis Razetti
Dr. Alfredo Coello	Invitado Especial
Dr. Ramón Zapata Sirvent	Invitado Especial
Dr. Angel Contaris	Observador.

* Sociedad Venezolana de Cirugía Plástica, Reconstructiva, Estética y Maxilofacial.

De las conclusiones, solamente destacaremos la número siete la cual dice textualmente "El Comité Académico finalizó el rediseño curricular, siendo aprobado por unanimidad, se acordó enviarlo a las instancias académicas para su debida aprobación e implementación, paso previo al proceso de acreditación ante el Consejo Nacional de Universidades".

Hoy, nos sentimos satisfechos de contar con un instrumento académico, el cual nos permitirá continuar trabajando sobre una matriz sólida. Muchas son las jornadas de trabajo que nos esperan para adecuar este modelo educativo al próximo milenio.

De este diseño curricular, queremos destacar algunos aspectos generales, como sigue:

Justificación

La Cirugía Plástica Reconstructiva, Estética y Maxilofacial es una rama altamente especializada de la Cirugía General. Su práctica es tan antigua como la medicina misma. En el transcurso del tiempo, se ha enriquecido con el desarrollo de nuevas tecnologías biomédicas, y su área de cobertura se ha ampliado a las más diversas patologías, interactuando con muchas especialidades del área de la salud.

Su práctica se encuentra plenamente justificada, por cuanto el desarrollo tecnológico, la industrialización, la proliferación de vías de comunicación aéreas y terrestres y el flagelo de las guerras, han aumentado de manera significativa el número de pacientes con quemaduras, fracturas del macizo facial y de los miembros, amputaciones, lesiones de partes blandas, etc., etc. En el mismo orden de ideas, la disminución de la capa de ozono ha incrementado la frecuencia de cánceres cutáneos. Asimismo, el desarrollo de nuevas técnicas ha permitido asistir al contingente de pacientes con deformaciones congénitas, que otrora arrastraban sus estigmas a lo largo de una vida de minusvalía.

En Venezuela, la especialidad en su etapa moderna, se inicia en los años 50, a la actividad asistencial inicial, se añade casi de inmediato la práctica docente y de investigación clínica. Coincide con esta fecha la transformación de la Venezuela rural en el país petrolero e industrializado, viéndose afectado en forma creciente por los aspectos antes señalados.

En los últimos veinte años, la Sociedad y la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela han promovido y realizado tres Seminarios Nacionales sobre educación y formación de recursos humanos en Cirugía Plástica, producto de esta actividad, cuatro cursos de posgrado están acreditados ante la Universidad Central de Venezuela y uno en la Universidad del Zulia. Hay tres Residencias Asistenciales Programadas acreditadas ante la

Sociedad de Cirugía Plástica.

De esta manera, las Universidades y la Sociedad de Cirugía Plástica están contribuyendo a formar los recursos humanos que el país necesita para atender los requerimientos de la especialidad.

El Comité Académico de Cirugía Plástica, de la Comisión de Estudios de Posgrado de la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela, ha revisado los programas académicos vigentes de los cursos de posgrado y ha realizado una actualización, en la cual, la estructura curricular, el plan de estudios, los requisitos de ingreso y egreso y el perfil profesional serán iguales para todas las sedes de posgrado. Los recursos disponibles y complementarios y sus líneas de investigación podrán tener características particulares en cada sede.

Esta revisión curricular obedece a la necesidad de actualizar y adecuar el diseño curricular de los cursos de posgrado que cuentan con 15 o más años de acreditación a las exigencias académicas modernas, así como la de incorporar nuevas áreas del conocimiento.

Perfil del egresado de la especialidad

El perfil se refiere al recurso humano que egresará del posgrado, en la categoría de "Especialización Profesional en Cirugía Plástica, Reconstructiva", formando a través de un proceso de entrenamiento teórico y práctico de 9 períodos académicos cuatrimestrales, con una sumatoria de 184 créditos.

Al obtener el grado Académico de la especialidad, el médico estará en capacidad de incorporarse al sistema de salud, tanto privado como público y desarrollar actividades asistenciales, de investigación clínica y docencia. Existe el potencial de captación de este recurso humano por los entes de salud nacionales o regionales, así como por las Universidades del país.

El Especialista podrá cumplir las siguientes funciones:

1. Hacer el diagnóstico etiológico de las diversas entidades nosológicas de la especialidad.
2. Planificar y ejecutar los procedimientos médicos y quirúrgicos conducentes a mejorar, restituir o curar las alteraciones funcionales o fisiopatológicas específicas en cada patología.
3. Desarrollar actividades docentes y de investigación clínica.

Para cumplir las funciones anteriores deberá desarrollar la destreza psicomotora que le permita usar instrumentos auxiliares de diagnóstico tales como: endoscopios, imagenología, procedimientos de biopsia, microscopio, etc., así como el manejo del instrumental altamente especializado y equipos destinados a procedimientos complementarios tales como liposuctores, endoscopios, material de fijación rígida, microscopios, etc.

Por cuanto, los procedimientos de la especialidad, tienden a restituir en los seres humanos las alteraciones del esquema corporal, ocasionadas por afecciones congénitas o adquiridas, el especialista deberá desarrollar un alto sentido de comprensión psicológica, de las alteraciones psico-patológicas que preceden, acompañan, o se desarrollan en los pacientes con alteraciones físicas del esquema corporal.

La especialidad en su aspecto intrínseco, contempla la modificación del esquema corporal del ser humano, mediante el uso de procedimientos quirúrgicos, el empleo de injertos autólogos y homólogos, la utilización de implantes de bio-materiales. Por lo tanto, el especialista deberá tener una actitud altamente racional y objetiva del alcance de esas modificaciones y un sentido fundamentalmente ético, el cual le permita moderar el uso de los procedimientos tradicionales y novedosos de la cirugía, cuidando de no crear falsas expectativas de los resultados, menospreciando el conocimiento científico y obviando el potencial de riesgo de los mismos y sus efectos secundarios; animado por un desmedido interés de lucro o de promoción publicitaria.

El conocimiento necesario para el desarrollo de estas funciones esta reflejado en los aspectos fundamentales de la especialidad como son: lo referente al transplante de órganos y tejidos, lo relacionado con las quemaduras térmicas y eléctricas, la traumatología cráneo maxilofacial, las alteraciones congénitas cráneo-maxilofaciales, la oncología y la reconstrucción primaria y secundaria, las malformaciones congénitas, la cirugía de la mano y los conceptos fundamentales de la estética corporal y la

función de los órganos.

En consecuencia, el curso de especialización desea producir un profesional de la salud, médico, con el conocimiento y destrezas de un cirujano general, en capacidad de desarrollar los métodos diagnósticos y terapéuticos en un área altamente especializada; la "Cirugía Plástica, Reconstructiva, Estética y Maxilofacial". Que comprenda el sentido fundamental de la estética y de la función de los órganos en el ser humano. Con un alto sentido de las obligaciones sociales de la especialidad, las cuales permiten la reincorporación de seres humanos con deformidades congénitas o adquiridas a su entorno social y laboral. Con un grado importante de comprensión de lo psicológico y psicopatológico de estos pacientes y con un sentido preponderante de la ética.

Su entrenamiento le permitirá continuar en la investigación clínica y aspirar a los títulos de Maestría y Doctorado. Como consecuencia de esta formación podrá incorporarse al sistema docente en los niveles de pre y posgrado.

Objetivos generales del curso

Proporcionar entrenamiento teórico y práctico a los cursantes, desarrollando su destreza psicomotora y suministrándoles conocimientos básicos en patología, clínica y técnicas quirúrgicas, así como el manejo de métodos, medios y recursos para efectuar un diagnóstico adecuado y un tratamiento correcto en los diferentes estados morbosos pertenecientes al campo de la Cirugía Plástica, Reconstructiva, Estética y Maxilofacial.

Objetivos específicos

1. Proporcionar entrenamiento teórico y práctico, y desarrollar la comprensión psicológica del alumno, lo cual le permitirá hacer diagnósticos etiológicos; planificar y ejecutar procedimientos médicos y quirúrgicos en Cirugía Reconstructiva, con énfasis en los transplantes de tejidos, quemaduras, microcirugía, cirugía oncológica, cirugía de congénitos, y cirugía de la mano.
2. Proporcionar entrenamiento teórico y práctico, y desarrollar la comprensión psicológica del alumno, lo cual le permitirá hacer diagnósticos etiológicos; planificar y ejecutar procedimientos médicos y quirúrgicos en Cirugía Maxilofacial, con énfasis en cirugía ortognática, traumatología maxilofacial y cirugía de las deformidades congénitas del cráneo.
3. Proporcionar entrenamiento teórico y práctico, y desarrollar la comprensión psicológica del alumno, lo cual le permitirá hacer diagnósticos etiológicos; planificar y ejecutar procedimientos médicos y quirúrgicos en Cirugía Estética, con énfasis en Rinoplastías, Abdominoplastías, Mastoplastías, Ritidoplastías, y Lipoesculturas.

Requisitos de ingreso para médicos nacionales

1. Título de Médico Cirujano.
2. Ejercicio Rural aprobado por el MSAS.
3. Título de Cirujano General.
4. Haber sido seleccionado en Concurso de la Comisión de Estudios de Posgrado de la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela.
5. Cancelar la inscripción y la matrícula correspondiente.

Requisitos de ingreso para médicos extranjeros

1. Título de Médico Cirujano.
2. Título de Cirujano General.
3. Haber sido seleccionado en Concurso de la Comisión de Estudios para Graduados de la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela.
4. Presentar documentación debidamente legalizada ante las autoridades de su País y la Embajada de Venezuela.
5. Cancelar la inscripción y la matrícula correspondiente.

Requisitos de egreso

1. Haber aprobado todos los créditos teóricos y prácticos del programa.
2. Manejo instrumental del idioma inglés.
3. Presentación y aprobación de un Trabajo Especial de Investigación.
4. Solvencia de la matrícula.

Evaluaciones especiales

El manejo instrumental del idioma inglés, y de las asignaturas. Investigación Clínica I, II y III serán calificadas como suficientes e insuficientes.

ESTRUCTURA CURRICULAR

Asignaturas
Primer año: Primer período
Generalidades y transplantes de tejidos.
Investigación Clínica I.

Prácticas
Hospitalización
Consulta Externa I
Quirófano I
Guardias I

Segundo período: Teorías
Quemaduras
Traumatología facial.

Prácticas
Hospitalización II
Consulta Externa II
Quirófano II
Guardias II

Tercer período: Teóricas
Cirugía reconstructiva I
Microcirugía
Cirugía de la mano

Prácticas
Microcirugía
Hospitalización III
Consulta Externa III
Quirófano III
Guardias III

Segundo año: cuarto período
Teóricas
Cirugía reconstructiva II
Cirugía reconstructiva y oncología

Prácticas
Hospitalización IV
Consulta Externa IV
Quirófano IV
Guardias IV

Quinto período: Teóricas
Congénitos
Investigación Clínica II

Prácticas
Hospitalización V
Consulta Externa V
Quirófano V
Guardias V

Sexto período: Teóricas
Cirugía ortognática

Prácticas
Hospitalización VI
Consulta Externa VI
Quirófano VI
Guardias VI

Tercer año: séptimo período
Teóricas
Estéticas I

Prácticas
Hospitalización VII
Consulta Externa VII
Quirófano VII
Guardias VII

Octavo período: Teóricas
Estética II

Prácticas
Hospitalización VIII
Consulta externa VIII
Quirófano VIII
Guardias VIII

Noveno período: Teóricas
Estética III
Investigación Clínica III

Prácticas
Hospitalización IX
Consulta Externa IX
Quirófano IX
Guardias IX

REFERENCIAS

1. Coello CA. Contribución al conocimiento de la Cirugía Plástica en Venezuela. Reseña Histórica. Presentado en el “IV Congreso Venezolano de Cirugía Plástica y Reconstructiva”. San Cristóbal, Venezuela, 1977.
2. III Seminario sobre Educación de Potsgrado en Cirugía Plástica y formación de Recursos Humanos para el país. Postgrad Med 1998;7:10-15.

Cir Plast Reconst Venez 1999;1(1):49-51

Creación de la Dirección de Investigación en cada posgrado

Dr. Ramón L Zapata Sirvent

Jefe de la Dirección de Investigación, Departamento de Cirugía Plástica y Reconstructiva, Hospital Militar "Dr. Carlos Arvelo"

INTRODUCCIÓN

La investigación constituye pilar fundamental de la actividad académica, desarrollándose en ella los pasos rigurosos de la metodología científica. El análisis objetivo de los tratamientos aceptados hoy día, dirige nuestros esfuerzos a la búsqueda de nuevas soluciones y conocimientos que perfeccionarán las técnicas y los tratamientos ofrecidos por la especialidad y lograr el avance futurista.

Existen múltiples campos fascinantes en nuestra área de especialización, que deben ser desarrollados al máximo. Basta con nombrar las soluciones reconstructivas y estéticas, las cuales son complejas e ingeniosas.

Aunque nuestra investigación debe estar dirigida a la búsqueda de soluciones prácticas, y con aplicaciones específicas a nuestro campo, en la colaboración con otras especialidades y con la investigación básica, podremos obtener respuestas mucho más amplias y profundas.

Para obtener el Título de Especialista en Cirugía Plástica se requiere desarrollar durante el último año de la especialidad un Trabajo Especial de Investigación (TEI). En vista de las dificultades económicas en los centros donde se realizan los posgrados de cirugía plástica, la mayoría de las veces; sin líneas definidas de investigación, el desarrollo del TEI, se hace prácticamente imposible. Vemos como muchos especialistas no obtienen el título otorgado por la Universidad Central de Venezuela, quedándose tan solo con el diploma que otorga el hospital donde realizaron el posgrado.

En la búsqueda de soluciones a este problema, en el rediseño curricular, se ha sugerido la creación de una Dirección de Investigación, la cual permita supervisar no solamente los TEI, sino todos los trabajos científicos que se desarrollan en ese servicio o departamento. Esta dirección, tendría como objetivo, facilitar el desarrollo del trabajo, guiar su presentación y asegurar su publicación a través de las revistas científicas. De esta manera se podrá ofrecer este material científico, de mucho esfuerzo a una población mayor y evitar la duplicidad de esfuerzos y duplicación de trabajos científicos.

El desarrollo de los TEI, contribuye con la formación científica del egresado, incrementa en él, el conocimiento y manejo de la metodología científica y aporta material científico a nuestra especialidad; a otras áreas de la salud, y estimula la investigación multisectorial, multifactorial y multidisciplinaria.

En estos últimos dos años, en el Departamento de Cirugía Plástica del Hospital Militar, hemos contado con una Dirección de Investigación, que ha logrado brindar asesoramiento y planificar presentaciones mensuales de los TEI, para guiar, asesorar, y facilitar su ejecución. Los últimos tres TEI se han materializado en este proyecto, y hemos asegurado que 4 egresados obtengan sus títulos universitarios.

Trabajos Especiales de Investigación

En estos momentos existe una disminución importante en la producción de los TEI, no solamente en cirugía plástica, sino en otras especialidades y se debe a la falta de supervisión y ayuda por parte del personal académico para asegurar su finalización. A esto se une la crisis económica que afecta al país, los ingresos bajos de los médicos residentes y los altos costos que acarrea el desarrollo de un trabajo científico. En este último aspecto cabe destacar, que si el trabajo es experimental, el (los) autor(es), deben

costear los animales de experimentación, su estadía-alojamiento en el bioterio, comida diaria, los *kit* para realización de pruebas. No conforme con esto, debe sufragar una excesiva cantidad de dinero para entregar las 6 copias empastadas que pide la Universidad Central, las cuales acarrean costos en la preparación del manuscrito y su empastado final.

Los TEI son almacenados en la Facultad de Medicina y no tienen una amplia difusión, ya que se deja a libre decisión de los autores el publicarlos o no. Sería justo exigir una copia reducida del TEI, adaptada a las normas de publicación de una revista (siguiendo las normas de ASEREME), para ser publicados en la Revista de la Facultad de Medicina, o ahora en la Revista de la Sociedad Venezolana de Cirugía Plástica. Así fue propuesto en el III Seminario de los Cursos de Posgrado realizado por el Comité Académico de Cirugía Plástica y la Sociedad Venezolana de Cirugía Plástica (1).

Dirección de Investigación en cada posgrado

El establecer y desarrollar una Dirección de Investigación en cada posgrado es fundamental y permite diseñar las estrategias a seguir de acuerdo a las demandas científicas de cada servicio o departamento.

Cinco puntos clave deben ser abarcados por la Dirección de Investigación:

a. Políticas a seguir con los TEI.
   Debe implementarse el registro de los TEI, desarrollados por el servicio o departamento, y los que se desarrollan en la actualidad, deben ser sometidos a presentaciones periódicas, donde participe el (los) autor(es), el Tutor, y los Asesores. Las presentaciones permitirán moldear científicamente el trabajo que se desarrolla y apreciar los avances que desarrollan los autores. Esto facilitará la supervisión directa y ayudará a los tesistas a planificar y dirigir sus actividades de forma más eficiente, de manera de cumplir a cabalidad su cronograma y metas establecidas previamente en la cronología del TEI. Estas reuniones depuran la actividad científica, se reciben ideas y críticas constructivas que mejorarán la calidad científica del trabajo de investigación.

b. Trabajos Científicos desarrollados por el Servicio.
   Existe una amplia actividad científica en nuestra sociedad, entre ellas se cuentan los congresos de cirugía plástica y quemaduras y los encuentros de residentes. La Dirección de Investigación planificará, guiará, y someterá a crítica los trabajos a ser presentados en los eventos científicos, para aumentar su calidad científica.

c. Búsqueda de financiamiento de los TEI.
   La Dirección de Investigación debe familiarizar a el (los) autor(es), con los financiamientos disponibles para la realización de los TEI. Facilitar las planillas de solicitudes de financiamiento del CDCH (Consejo de Desarrollo Científico y Humanístico), de manera de disminuir la carga económica que acarrea la realización de los trabajos de investigación.

d. Búsqueda de financiamiento de eventos científicos y pasantías.
   La búsqueda de financiamiento para la asistencia a congresos y cursos nacionales o extranjeros que brindan el CDCH y el Conicit, los cuales poseen solicitudes y fechas topes, y que permitirá la presentación de trabajos en congresos y la adquisición de conocimiento científico.

e. Revistas Científicas.
   Ejercer presión a nivel de la dirección del centro, donde se realiza el posgrado, para que existan en la biblioteca las principales revistas de la especialidad, de manera que sirvan al residente en su formación cabal, y pueda obtener sin costo para él, los últimos adelantos científicos en la materia.

Durante el III Seminario Nacional de Cursos de Posgrado de la Especialidad Cirugía Plástica se generaron las siguientes proposiciones, las cuales fueron aprobadas (1).

1. Establecer la importancia de la investigación en todo centro académico de Especialistas en Cirugía Plástica.

2. Crear la Dirección de Investigación en cada Posgrado, la cual debe velar por:

a. Supervisión directa de los TEI.
b. Publicación de los TEI en Revistas Científicas.
c. Supervisión de todo material científico generado.
d. Búsqueda de financiamiento de los TEI.
e. Búsqueda de financiamiento para congresos y cursos.
f. Revistas de la Especialidad en las Bibliotecas de los Centros de Posgrado.

3. Solicitar a la Sociedad Venezolana de Cirugía Plástica el apoyo en los aspectos siguientes:

a. Establecer como requisito que todo trabajo a presentarse en un evento de la sociedad, sea avalado por la Dirección de Investigación.
b. Establecer a las Jornadas de Residentes como el lugar de presentación de los TEI (Aprobado por la Junta Directiva 1998-2000).
c. Auspiciar la presentación y publicación de los TEI, mediante Premios y Diplomas de reconocimiento, menciones honoríficas y aportes económicos financiados por laboratorios. Divulgar los temas de los TEI y las investigaciones en el campo de la cirugía plástica mediante la revista de la Sociedad Venezolana de Cirugía Plástica; la cual ha editado su primer número.

REFERENCIAS

1. II Seminario sobre Educación de Postgrado en Cirugía Plástica y Formación de Recursos Humanos para el país. Postgrad Med 1998;7:10-15.

Dirección: Dr. Ramón L Zapata Sirvent. Departamento de Cirugía Plástica, Hospital Militar “Dr. Carlos Arvelo”, San Martín, Caracas.

Cir Plast Reconst Venez 1999;1(1):52-55

Resúmenes de los trabajos de investigación recientes

Uso del cianocrilato como alternativa en el cierre primario de las heridas en la piel

Autores: Dres. José Francisco Morales Ruthman, Rafael Angel Peinado Meyer.
Tutor: Dra. Betty Párraga de Zoghby.
Asesores: Dres. Mariela Zamora, Ramón L Zapata Sirvent.
Departamento de Cirugía Plástica. Hospital Militar "Dr. Carlos Arvelo", 1996.

Se realizó un estudio prospectivo, aleatorizado y ciego, para evaluar la utilidad del cianocrilato como alternativa en el cierre primario de las heridas en la piel. Treinta y dos ratas de experimentación del tipo Sprague-Dawley, divididas en cuatro grupos de ocho ratas para cada semana (1, 2, 4, y 8) fueron estudiadas entre los meses de febrero y agosto de 1996. A todas las ratas se le realizaron dos incisiones en el dorso (larga y corta), a las cuales se les practicó cierre primario en forma aleatoria con cianocrilato o sutura de nylon 6/0. La recolección de los datos se realizó mediante un protocolo de investigación siguiendo el cronograma preestablecido durante un período de ocho semanas en donde fueron valorados aspectos macroscópicos e histológicos. Los datos obtenidos fueron analizados mediante el Test Exacto de Fisher con la corrección de Yates (observación macroscópica) y el Test de Student (observación histológica) en donde no se evidencian diferencias significativas en los parámetros estudiados. Nosotros concluimos que no existe diferencia en el uso de cianocrilato o la sutura 6/0 para el cierre primario de las heridas de piel; permitiéndonos el cianocrilato menores costos, personal médico no especializado y un cierre primario en un menor tiempo sin ninguna diferencia en el aspecto cosmético. Sugerimos ampliar el universo a estudiar para posteriormente realizar este trabajo en humanos y obtener conclusiones definitivas.

Colgajo fasciocutáneo de muslo posterior. Estudio de la aplicabilidad clínica para cobertura simultánea de múltiples úlceras de presión

Autores: Dres. Antonio Hallado Barjas, José F Giménez Díaz.
Tutor: Dr. Reinaldo Kube León.
Asesor: Dr. Ramón L Zapata Sirvent.
Departamento de Cirugía Plástica. Hospital Militar "Dr. Carlos Arvelo", 1997.

Introducción: Las úlceras de presión son un problema frecuente y frustrante para los pacientes con lesiones de médula espinal, los traumatizados, debilitados y comatosos. Es bien conocido, que la primera aplicación quirúrgica para reparar las úlceras de presión se efectuó en 1945, desde entonces, muchos progresos en el tratamiento se han efectuado,

pero hasta el momento ningún procedimiento quirúrgico ha probado ser totalmente satisfactorio. Desde que Pontén describió los colgajos fasciocutáneos, estos han demostrado gran versatilidad y tienen múltiples usos con fines reconstructivos. Muchos autores han descrito al colgajo fasciocutáneo de muslo posterior como una excelente alternativa para la cobertura de úlceras isquiáticas, sacras o trocantéricas.

Objetivo: Demostrar la aplicabilidad clínica y el bajo índice de complicaciones del colgajo fasciocutáneo de muslo posterior para la cobertura de múltiples úlceras de presión en las áreas sacra, trocantérica e isquiática.

Material y Métodos: El proyecto se efectuó en dos fases: Una fase "descriptiva anatómica" en la cual, se efectuó la disección de seis cadáveres frescos para verificar detalles anatómicos, capacidad de avance y cobertura simultánea del colgajo sobre defectos creados en las áreas sacras, trocantérica e isquiática, esta fase se ejecutó en el Departamento Médico-Legal del Cuerpo Técnico de Policía Judicial en Caracas. Una segunda fase "clínica" con aquellos pacientes que ingresaron con úlceras múltiples de presión al Servicio de Cirugía Plástica de nuestro hospital para fines de cobertura con el colgajo fasciocutáneo de muslo posterior; se incluyó además, un grupo de pacientes con úlcera de presión única en las mismas áreas anatómicas y que fueron sometidos a colgajos músculo-cutáneos, los cuales sirvieron como grupo control. Los resultados fueron comparados estadísticamente, utilizando la prueba del Chi-cuadrado (variables categóricas) y Test de Student (variables continuas), para la estancia hospitalaria se utilizó la prueba de U de Mann-Whitney.

Resultados: En este estudio se demostró la excelente capacidad que posee el colgajo fasciocutáneo de muslo posterior para la cobertura simultánea de múltiples úlceras de presión, con un bajo índice de complicaciones (25%), similar al grupo control. La única complicación de los colgajos fasciocutáneos consistió en una dehiscencia parcial del colgajo que se resolvió satisfactoriamente. En el grupo control la evolución de las complicaciones fue más tórpida.

Conclusiones: El colgajo fasciocutáneo de muslo posterior es una excelente alternativa para cobertura simultánea de múltiples úlceras de presión y posee evidentes ventajas sobre los colgajos músculo-cutáneos. La técnica es sencilla, posee gran capacidad de avance y brinda cobertura segura, permitiendo el cierre directo del área donante. No existe el sacrificio de elementos musculares y no se pierde la capacidad de re-avance del colgajo.

Colgajo neurovascularizado intercostal. Estudio anatómico en cadáveres

Autores: Dr. Eudomar J Oviedo Colombo.
Tutor: Dr. Reinaldo Kube León.
Asesor: Dr. Ramón L Zapata Sirvent.
Departamento de Cirugía Plástica. Hospital Militar "Dr. Carlos Arvelo", 1997.

Introducción: La úlcera de presión se define como una lesión cuyo factor etiológico es la presión sostenida sobre un área anatómica que produce isquemia tisular y posteriormente necrosis. La localización más frecuente de las úlceras de presión son las regiones isquiáticas, sacra y trocantérica. Muchos colgajos se han diseñado con la finalidad de proveer cobertura a las úlceras de presión, pero ninguno de ellos ha probado ser satisfactorio. Como alternativa de tratamiento surge el colgajo neurovascularizado intercostal, el cual, aporta tejido bien irrigado y además aporta sensibilidad a un área anestésica, con lo cual, se disminuye el factor de riesgo y se previene la lesión.

Objetivo: Estudio anatomo-morfológico del colgajo neurovascularizado pediculado intercostal del cuadrante superior del abdomen para estudiar su capacidad de avance y cobertura simultánea para múltiples úlceras de presión.

Material y Métodos: Se trata de un estudio longitudinal, prospectivo y descriptivo simple, seleccionando diez cadáveres frescos en la División Médico-Legal del Cuerpo Técnico de Policía Judicial en Caracas, elegidos al azar y en los cuales, se disecó el colgajo en estudio. Los datos anatomo-morfológicos fueron recopilados y sometidos a un sencillo análisis estadístico, determinando el valor promedio y la desviación típica.

Resultados: Se practicó la disección del colgajo neurovascularizado en diez cadáveres frescos y se crearon defectos en áreas sacra e isquiática y/o trocantérica, simulando múltiples úlceras de presión. Se demostró la excelente capacidad de cobertura del colgajo, detallando su área anatómica máxima de cobertura. Se demostró el angiosoma del pedículo vascular intercostal correspondiente mediante la inyección de azul de metileno al 50%, y seguidamente, se efectuó la comprobación radiológica del angiosoma, mediante la inyección de material yodado hidrosoluble (hypaque), demostrándose el excelente llenado del colgajo y por lo tanto, su factibilidad.

Conclusión: Se concluye que este colgajo permite cobertura simultánea de múltiples defectos cutáneos en regiones sacra, isquiática y/o trocantérica, constituyendo una excelente alternativa de tratamiento para pacientes con úlceras de presión.

La congelación *in vivo* de los microvasos arteriales como método experimental para revertir el espasmo vascular

Autores: Dres. Ramón A Rodríguez Estrella, Peter J Römer Pieretti.
Tutor: Dr. Lucio Valente.
Asesores: Dres. Carlos Nieto Sánchez, Mariela Zamora, Ramón L Zapata Sirvent.
Departamento de Cirugía Plástica. Hospital Militar “Dr. Carlos Arvelo”, 1998.

Introducción: La manipulación quirúrgica de los vasos en los procedimientos microquirúrgicos desencadena una serie de cambios entre los que se encuentra el espasmo de los mismos. Esto acarrea el enlentecimiento del flujo sanguíneo y la mayor probabilidad de formación de trombos, con la consecuente obstrucción de los vasos, comprometiéndose el resultado de procedimientos tales como colgajos libres microquirúrgicos y reimplantes microquirúrgicos. Se ha insistido en la búsqueda de un método para controlar el espasmo. Entre los métodos utilizados está la lidocaína aplicada en la superficie del vaso y la dilatación mecánica, obteniendo resultados transitorios. Estudios experimentales preliminares han señalado que la congelación de los vasos sanguíneos mediante la utilización de nitrógeno líquido o cloruro de etilo en los procedimientos de microcirugía revierte el espasmo permanentemente evitando la trombosis. El mecanismo se debe aparentemente a una disminución del número de células a nivel de la capa endotelial y muscular, con fragmentación concomitante de la capa elástica.

Objetivo: Es comprobar la efectividad de la congelación de los vasos arteriales de pequeño calibre como agente espasmolítico, y comparar este método con un método convencional, que tiene un resultado transitorio en lo que se refiere a revertir el espasmo vascular de los microvasos, como lo es la utilización de la lidocaína más dilatación mecánica.

Material y Métodos: Realizamos un estudio en 60 ratas Sprague-Dawley machos, de las cuales 30 constituían el grupo control y 30 el grupo experimental. Los animales fueron operados realizándose disección de la arteria femoral. En el grupo control se utilizó lidocaína más dilatación mecánica como método espasmolítico, y al grupo experimental se le congeló la arteria con nitrógeno líquido para el

mismo fin. Se determinó el diámetro arterial antes de la manipulación quirúrgica, después de ocurrido el espasmo, y luego de utilizar el método espasmolítico, cualquiera que fuese. Posteriormente se realizó, sección del vaso arterial y anastomosis término terminal del mismo, midiéndose en horas el tiempo requerido para dicho procedimiento. Se sacrificaron los grupos, 10 ratas del grupo control y 10 del grupo experimental a los 2, 10 y 30 días, realizándose nuevamente mediación del diámetro arterial. Se tomó muestra de las arterias operadas y se estudiaron histopatológicamente.

Resultados: Se observó que el tiempo requerido para realizar una microanastomosis en un vaso congelado previamente, es menor que el requerido para realizar el mismo procedimiento cuando se utiliza lidocaína más dilatación mecánica ($p < 0,0001$). Ambos procedimientos fueron efectivos para revertir el espasmo vascular, pero la dilatación utilizando nitrógeno líquido persiste en el tiempo, inclusive hasta los 10 días de realizado el procedimiento, a diferencia de lo que ocurre con la lidocaína más dilatación mecánica, cuyo efecto espasmolítico se revierte a las pocas horas de efectuado. Los cambios histológicos que se observaron en el grupo experimental fueron: una desaparición de la túnica íntima, la cual se recuperó parcialmente a los 30 días; una fragmentación y rectificación de la capa elástica interna, que de igual manera se recuperó a los 10 días, una ausencia de células a nivel de la túnica media, repoblándose la misma a los 30 días de manera parcial. A diferencia del grupo experimental, los cambios histológicos en el grupo control fueron menores. Los más evidentes fueron la desaparición de la túnica media, que de igual forma se recuperó a los 30 días, pero en este caso fue de manera normal; y una disminución leve de la celularidad de la capa media, la cual se restableció a los 10 días.

Conclusiones: Ambos métodos son efectivos para revertir el espasmo vascular, sin embargo el nitrógeno líquido ofrece ventajas porque mantiene la dilatación arterial hasta 10 días después de realizado el procedimiento microquirúrgico, y acorta el tiempo requerido para la realización de las microanastomosis. Sin embargo el uso de nitrógeno líquido produce mayores cambios histopatológicos que los producidos por la lidocaína más dilatación mecánica, pero estos, son temporales y reversibles, lo cual hace parecer por lo anteriormente expuesto, al nitrógeno líquido como una herramienta de gran valor para revertir el espasmo vascular en los procedimientos microquirúrgicos.

Cir Plast Reconst Venez 1999;1(1):56-58

- **I Symposium Colombo-Venezolano de Cirugía Estética Facial.**
  Caracas, Venezuela
  26 y 27 de marzo de 1999
  Hotel Ávila. Reservaciones
  Tlf: 551.5128 - 552.4010 – 555.3437
  Fax: 552.3021 – 552.8367
  Dr. Guido Petit. Sociedad Venezolana de Cirugía Plástica. Telefax: 979.7380
  E-mail: gpetita@etheron.net

- **Asociación Mexicana de Quemaduras**
  XIX Congreso Nacional y XIV Curso de Actualización en el manejo integral del paciente quemado.
  Cuernavaca, México.
  14 al 17 de abril de 1999
  Tlf. 564.8948 – 264.7099 Fax: 564.2496
  E-mail: ameper@intercorp.net.mx

- **V Jornadas Sociedad Científica Rafael Soto Matos. Coloquios de Cirugía Plástica.**
  Maracaibo, Venezuela
  Hospital Universitario de Maracaibo
  22 al 24 de abril de 1999.

- **Un mañana con el paciente quemado. Tratamiento de la fase aguda.**
  Sábado 22 de mayo de 1999
  Centro Médico de Caracas, San Bernardino
  Dr. Ramón Zapata Sirvent. Tlf. (016) 624.7997
  Fax: 979.7380
  E-mail: zapatasirvent@hotmail.com

- **Curso Básico AO/ASIF Fijación Rígida en Cirugía Craneomaxilofacial**
  Caracas, Venezuela
  Hotel Ávila, 8 al 11 de junio de 1999
  Información e inscripción: Sr. V. Piñero
  Telf. 557.1044 Fax: 574.2257
  E-mail: ipmccs@telcel.net.ve

- **Sociedad Colombiana de Cirugía Plástica, Estética, Maxilofacial y de la Mano.**
  XXVII Congreso Nacional
  Bogotá, Colombia.
  22 al 25 de junio de 1999
  Tlf. 288.3985 Fax 285.2520

- **XII Congreso de IPRAS**
  San Francisco, California, U.S. A.
  27 de junio al 2 de julio de 1999

- **Encuentro Nacional de Residentes de Cirugía Plástica**
  Hospital Central de Maracay
  Maracay, Venezuela
  23 y 24 de julio de 1999
  Dr. Rafael Stoppello Tlf. (043) 451.643
  Fax: (043) 451.925

- **III Congreso Latinoamericano de Quemaduras. VII Congreso Venezolano de Quemaduras (AVQ)**
  Puerto La Cruz, Venezuela
  19 al 23 de octubre de 1999
  Hotel Maremares
  Límite recepción de trabajos: 30 de junio de 1999
  Dr. Antonio Del Reguero
  Fax: (582) 73.8107
  Dr. Ramón Zapata Fax: (582) 979.7380
  Información: SVCPREM. Tlf. (582) 979.7380
  E-mail: delreguero@cantv.net

- **Jornadas Científicas Hospital Dr. Domingo Luciani**
  El Llanito, Caracas, Venezuela
  5 y 6 de noviembre de 1999
  Dr. Bruno del Bianco Tlf. (016) 622.6581

- **XXVI Simposio Anual Internacional de Cirugía Plástica Estética Dr. José Guerrero Santos**
  10 al 13 de noviembre de 1999
  Hotel Camino Real
  Puerto Vallarta, Jalisco, México
  Inf. Rosa Gutiérrez, Fax: (523) 824.8405
  Tlf. (523) 824.3904, (523) 824.8582

- **XII Congreso Panamericano de Trauma. Sociedad Panamericana de Trauma.**
  Margarita. Hotel Hilton
  15-19 de noviembre de 1999.
  E-mail: event@eldish.net

- **Rinoplastia 2000**
  Barquisimeto, Venezuela
  Febrero del 2000
  Dr. Carlos Igor Alcalá. Tlf. (051) 25.566
  Fax: (051) 51.7140
  Dr. Antonio del Reguero. Telefax: 573.8107
  Tlf. 551.7076
  E-mail: delreguero@cantv.net