

Citar este artículo como:

Peláez, A.(2023). Resumen XV Congreso Boliviano de Cirugía Plástica Estética y Reconstructiva. Revista Boliviana de Cirugía Plástica, 3(10), 41-50. https://doi.org/10.54818/rbcp.vol3.n10.2023.94

NOTICIAS SBCPER

RESUMEN XV CONGRESO BOLIVIANO DE CIRUGÍA PLÁSTICA ESTÉTICA Y RECONSTRUCTIVA

Dra. Alejandra Peláez Flores

Directora Revista Boliviana de Cirugía Plástica, Bolivia
ale_pelaez@hotmail.com

El XV Congreso Boliviano de Cirugía Plástica se llevó a cabo en la ciudad de La Paz los días, 12, 13, y 14 de abril del presente año, me es grato presentar a ustedes un resumen sobre este importante evento.

A nombre del Comité Organizador permítanme decirles que nos sentimos orgullosos de la labor realizada tanto en la fase preparatoria, en el desarrollo y la culminación del XV Congreso, en él pusimos nuestro esfuerzo, tiempo y entusiasmo para darles lo mejor.

Este evento académico se desarrolló luego de tres años sin reuniones presenciales y fue el primero post-pandemia.

Se llevó a efecto gracias a la colaboración de empresas comerciales quienes se sumaron en acompañarnos en esta misión y a quienes damos las gracias.

Contamos con más de 100 asistentes, las exposiciones fueron de gran calidad, damos un reconocimiento especial también a todos los especialistas que colaboraron como moderadores y secretarios de mesa.

Por primera vez en la historia de nuestra sociedad se presentaron doce doctores como nuevos miembros de la SBCPER. Por ello decidimos dedicar una jornada a la presentación de trabajos de ingreso; el día 11 de abril. Damos entonces, la bienvenida a los doctores:

Dr. José Miguel Pinto
Dr. Luis Fernando Murillo
Dra. Kathia Gomez
Dr. Jesús Reynaldo Calvo Pedraza
Dr. Alvaro Fabian Serrano
Dr. Fernando Correa
Dr. Alvaro Sandino
Dr. Fabián Vargas
Dr. Christian J. Cazasola
Dr. Jannusc Ingonn Francesco Oña
Dr. Daniel Zegarra Uriona
Dra. Patricia Vargas Arispe

Fue un evento académico diferente, ya que por primera vez en nuestro país tuvimos un acápite especial para hablar sobre la cirugía transgénero.

Hubo también mesas redondas enfocadas en diferentes temas, entre ellos rinoplastia, cirugía de la mama y otras.

Tuvimos la enorme oportunidad de escuchar a destacados invitados extranjeros a quienes agradecemos por honrarnos con su presencia y enriquecernos con su conocimiento:

- Dra. María del Mar Vaquero (España)
- Dr. Jaime Chacón (Venezuela)
- Dra. Patricia Erazo (Brasil).
- Dr. Gabriel Alvarado García (Colombia).
- Dr. Armando Pomerane (Argentina).
- Dr. Lázaro Cárdenas (México).
- Dr. Arturo Regalado (México)
- Dr. Celso Bohorquez (Colombia)
- Dr. Marco Aurelio Pellon (Brasil).
- Dra. Lydia Masako (Brasil).
- Dr. Juan Ignacio Schiro (Argentina).

Por último, pero no por ello menos importante pudimos retomar la premiación a los mejores trabajos nacionales, que durante el congreso fueron evaluados por el Comité Científico Nacional, se adjudicaron el premio a “Mejor Trabajo” cuatro doctores; Dr. Darío Suarez, Raúl Escobar, Dr. Marcelo Macfarlane y Dra. Alejandra Peláez.

En este número de la Revista Boliviana de Cirugía Plástica se presentan los resúmenes recibidos de las ponencias.

No solo, tuvimos actividades académicas del más alto nivel, sino además, pudimos disfrutar de actividades sociales, como lo fue el “Coctel de bienvenida” en el que se otorgó un reconocimiento por la Secretaría de Salud del Gobierno Municipal de La Paz a todos los doctores invitados y organizadores.

El día 13 de abril en el espacio “Jardín Japonés” pudimos despejar nuestras mentes con una propuesta diferente con la cata de vinos y la presencia de un gran artista; el Sr. Pepe Murillo, quien emocionó a propios y extraños.

En la cena de clausura se posesionó a la nueva directiva nacional y a los presidentes de las diferentes filiales.

Estamos seguros de que el congreso fue un evento académico transcendental que ha marcado un antes y un después en nuestra sociedad, nuestro objetivo fue brindarles a través de los diferentes temas abarcados, nuevas herramientas de trabajo. Estamos satisfechos de la labor realizada.



A continuación, presentamos algunos resúmenes de los trabajos de ingreso y de los temas libres expuestos por los especialistas de nuestra sociedad.

RESUMEN - TEMAS LIBRES

RECONSTRUCCIÓN MAMARIA CON IMPLANTES

Dr. LUIS FERNANDO MURILLO
Filial Santa Cruz de la Sierra

Introducción: La reconstrucción mamaria con expansor implante es una técnica que permite alcanzar resultados significativos en mujeres con patología cancerosa de las mamas que no serán sometidas a radioterapia.

Objetivo: El objetivo del trabajo es demostrar la versatilidad técnica asociando a transferencia de grasa autóloga para remodelación mamaria, así como la reconstrucción del pezón con colgajos e injerto de cartílago conchal seguida de la mamoplastia de elevación con o sin implantes, así como la reducción contralateral si fuera necesario.

Material y Métodos: Se realizó la reconstrucción mamaria inmediata a mujeres sometidas a mastectomía radical modificada con ganglio centinela o en mastectomías preservadoras de areola pezón, así como también en mastectomías tardías que no hubieran realizado radioterapia, en 2 a 3 tiempos quirúrgicos.

Grado de satisfacción aceptable por las pacientes. Resultado armónico preservando la simetría sobre todo, en mamas pequeñas y medianas. Mayor dificultad de simetrización en mamas grandes y muy ptosadas. Preservación a largo plazo del injerto de cartílago conchal para la reconstrucción del Pezón.

Conclusión: Es una técnica rápida, segura y sencilla en relación a la rotación de colgajos. Menor tiempo de hospitalización y de recuperación con un retorno más rápido a las actividades laborales. Mayor inversión económica por el costo de los expansores e implantes. La transferencia de grasa autóloga es un recurso técnico muy favorable en este tipo de reconstrucciones.

SECUELAS DE QUEMADURA DE CUELLO – COLGAJO SUPRACLAVICULAR

DR. ÁLVARO SANDINO
Filial Santa Cruz de la Sierra

Introducción: Las secuelas de quemadura en cuello según su extensión y grado de compromiso funcional pueden ser encaradas con distintos métodos como son injertos, colgajos locales, colgajos axiales, colgajos libres. En secuelas de quemadura en cuello anterolateral, ocasiona distorsión de la cara, restricción de los movimientos de cabeza y en los casos severos puede generar una fusión externo-mentoniana.

Objetivo: Determinar el porcentaje de cobertura de la superficie cervical aportado por el colgajo supraclavicular uni y bilateral.

Material y métodos: Se realizó la medición fotográfica del porcentaje de cobertura que aportaban los colgajos supraclaviculares en 8 pacientes con secuelas de quemadura cervical mediante imágenes digitalizadas en formato jpg, procesadas para su medición a través del programa Imagen J. El compromiso funcional se evaluó según la clasificación de Yang.

Discusión: Un colgajo supraclavicular aporta entre un 20 y 30 % de cobertura de la superficie cervical según límites preestablecidos, llegando hasta el 54 % en caso de ser pre-expandido y hasta un 62 % si se lo realiza de forma bilateral. El colgajo supraclavicular es una herramienta útil en reconstrucción de cuello que se puede realizar de manera uni o bilateral según la necesidad de cobertura de superficie corporal, mejorando funcionalmente la flexoextensión de esta región.

Conclusión: Al encarar reconstrucciones secueles en cuello, es de suma importancia conocer el porcentaje de cobertura de la superficie cervical que aporta el colgajo supraclavicular en sus versiones uni y bilateral, ya que nos permite una correcta planificación preoperatoria, facilitando la elección de la terapéutica más adecuada acorde al caso.

MASTOPEXIA A COLGAJO VERTICAL DOBLE O BIPEDICULADO CON IMPLANTES

Dr. DARÍO SUÁREZ
Filial Santa Cruz de la Sierra

Introducción: Muchas técnicas se han descrito para la corrección de ptosis y flacidez mamaria en sus distintos grados. Considero una de las cirugías más desafiantes en la búsqueda de un mejor resultado. La propuesta es utilizar una técnica ya descrita por Mc Kisson para reducción mamaria preservando un doble pedículo vertical para la irrigación de CAP (complejo Areola Pezón) y adaptarla o acondicionarla para las pexias mamarias, sobre todo en pacientes con cirugías mamarias previas en quienes se desconoce la técnica empleada y la irrigación del CAP puede verse comprometida.

Objetivo: El objetivo del presente trabajo es, además de obtener un buen resultado durante una mastopexia, también lo es asegurar la irrigación del complejo areola pezón con la técnica de doble pedículo vertical de Mc Kisson evitando necrosis o sufrimiento del CAP.

Material y métodos: Aplicamos esta técnica del doble pedículo vertical en pacientes con cirugías mamarias previas: prótesis de mama, mastopexias previas, mamas con cicatrices por otras cirugías desconocidas (biopsias, nodulectomías, retiradas de quistes mamarios), mamas con contractura capsular de distintos grados y también en ptosis primarias. En el caso de las mamas sin contracturas capsular donde es necesario cambiar los implantes y además elevar y reconfigurar la estructura mamaria, preservamos el mismo plano de implantación protésica previa y fijamos el pedículo doble vertical unos 3 cm. sobre la base de la cavidad protésica avanzando hacia arriba el posicionamiento del nuevo implante, cerrando la longitud vertical de la cavidad y logrando un soporte a manera de sostén a ese nuevo implante y posteriormente avanzando los colgajos medial y lateral en la línea media, luego de suspender y re posicionar el CAP, para fortalecer la línea media y evitar ptosis posteriores.

Resultados: En todas las pacientes en quienes se aplicó la técnica descrita se encontró satisfacción por el resultado alcanzado. No presente dehiscencias significativas a nivel de la T invertida y cuando lo hubo solo fueron tratadas con pomadas para estimular la granulación y consiguiente re-epitelización de los tejidos. No se presentaron necrosis del CAP o epidermolisis en ninguno de los casos operados.

Discusión: Es una técnica segura que otorga un "plus" en cuanto a irrigación para el Complejo Areola Pezón. Se convierte en una mejor opción para mamoplastias secundarias o en mamas con cirugías previas donde no se conoce la técnica empleada y la irrigación puede verse alterada. Es posible implantar las prótesis en plano sub glandular o sub muscular ya que la irrigación del CAP, está asegurada con el doble pedículo vertical. La fijación del segmento inferior del doble pedículo vertical en la base de la cavidad protésica cuando el implante está en cavidad sub glandular, no solo asegura que el implante se quede mejor posicionado empujándolo hacia arriba y proyectando mejor el polo superior de la mama, sino que también cubre totalmente el implante y, al avanzar sobre la línea media los colgajos medial y externo o lateral otorgan una mayor seguridad no solo para dar firmeza en la línea media de la mama evitando el desplazamiento del implante y nuevamente la recurrencia de la ptosis, sino también en el lugar de la T invertida cubriendo el implante, en caso de presentarse una dehiscencia no se produzca exposición del mismo.

Conclusiones: Es una técnica versátil, sencilla, práctica y de fácil aplicación, no causa morbilidad en el órgano implicado, es decir cuenta con los requisitos o preceptos básicos y necesarios a la hora de replicarla.

APLICACIÓN INUSUAL DEL COLGAJO BILOBULADO PARA COBERTURA DE REGIÓN DORSAL DE MANO. RELATO DE CASO

Dr. FERNANDO CORREA
Filial Santa Cruz de la Sierra

Introducción: La cobertura de defectos de la mano requiere una evaluación cuidadosa, tanto de la lesión cutánea en sí; debido a las características específicas que presenta, como de las posibles lesiones asociadas de las estructuras vasculo- nerviosas, óseas o tendinosas de la zona.

Discusión: El colgajo bilobulado, de doble transposición, versátil y de pedículo aleatorio. Posibilita la distribución de fuerzas de tensión en varias direcciones con mantenimiento de una simetría estructural y transferencia de piel de color y texturas semejantes. Descrito por Esser en 1918, utilizando un arco rotacional de 180 grados, basado en dos lóbulos del mismo tamaño y la misma forma. Modificado por ZIMANY, que demostró que el primero y segundo lóbulo podrían ser mas pequeños que el defecto primario. ZITELLI, en 1989, modifico el procedimiento al limitar el arco rotacional total para un ángulo entre 90 a 110 grados. Siendo particularmente útil en la reconstrucción de defectos del tercio distal de nariz y diferentes zonas faciales, sin embargo; se ha demostrado su aplicabilidad y utilidad en otras localizaciones anatómicas. Revisión Bibliográfica sobre las opciones quirúrgicas para el reparo de este defecto, encontrando apenas un relato de caso utilizando el Colgajo Bilobulado para cobertura de Dorso de Mano. Fue Optado por utilizar el Colgajo Bilobulado de forma ambulatoria, bajo Anestesia Local con sedación

Resultados: Fue posible realizar la cobertura total del defecto, obteniendo resultado funcional y estético satisfactorios. Es fundamental proporcionar una cobertura acorde a la estructura anatómica y a las necesidades funcionales de la región a reconstruir. Este hecho es muy Significativo en las lesiones dorsales de manos, ya que suele involucrarse el aparato extensor. Los colgajos locales, tanto de flujo axial como aleatorio, proporcionan una cobertura estable y son la mejor opción cuando existe exposición de estructuras importantes, aunque están limitados a defectos menores y medianos.

Conclusión: En este sentido, el Colgajo Bilobulado debe ser considerado como una Opción de Reparación en este tipo de Lesiones cuando las condiciones de los tejidos nos permitan.

RECONSTRUCCIÓN DE MIEMBRO INFERIOR CON COLGAJO SURAL A FLUJO REVERSO

Dr. FAVIAN VARGAS

Introducción: El colgajo sural a flujo reverso, corresponde a un colgajo fasciocutáneo, es ampliamente utilizado en la reconstrucción de los defectos de tejidos blandos del miembro inferior distal.

Objetivo: Mediante este trabajo explicamos la anatomía aplicada sobre cadáver y la técnica quirúrgica para su apropiada aplicación en las distintas áreas de cobertura.

Material y Métodos: Se realizó la disección anatómica de un miembro inferior cadavérico con amputaciones supracondílea, para así obtener un colgajo fasciocutáneo sural de pedículo distal. Una vez obtenida la isla, se procedió a levantar el colgajo y disecar su pedículo. desde el punto pivot definido de 5 – 10cm cefálico al maléolo lateral, hasta la base de la isla fasciocutánea. Se describió la distribución de la irrigación y se realizó registro fotográfico de las distintas zonas receptoras.

Discusión: El colgajo fasciocutáneo sural de flujo reverso es útil para la reconstrucción de defectos en el tercio distal de la pierna, el tobillo, talón y dorso del pie. Permite una confiable cobertura cutánea cuando no se cree factible el uso de injertos, existe contraindicación o falla de otros colgajos o existen déficits vasculares locales. Entre sus ventajas está el gran tamaño que se puede obtener y que ningún otro colgajo local logra, se puede emplear en lesiones por trauma, con o sin fracturas; su arco de rotación es amplio y fácil su disección, menor morbilidad de la zona dadora,

permite un largo pedículo y es fácil y rápido de realizar. Además, no precisa de técnica microquirúrgica y la morbilidad que provoca en la zona donante es bien tolerada

Conclusiones: El colgajo Sural a flujo reverso es versátil y aporta ventajas con respecto a otras técnicas reconstructivas en miembro inferior. Se presenta como una técnica de mayor refinamiento en el escalón reconstructivo, de gran utilidad en la reconstrucción de miembro inferior.

RINOPLASTIA, VERSATILIDAD DEL INJERTO DE EXTENSIÓN SEPTAL EL MANEJO DE LA PUNTA NASAL EN UNA RINOPLASTIA ES QUIZÁ EL COMPONENTE MÁS DIFÍCIL SI SE QUIERE OBTENER RESULTADOS SATISFACTORIOS

Dr. FRANCESCO ONA
Filial Chuquisaca

Introducción: Muchas deformidades nasales no pueden tratarse con técnicas convencionales, estas deformidades muy frecuentes en narices mestizas deben manejarse utilizando un soporte adicional como es el injerto de extensión septal con el cual podemos obtener un buen control de la proyección y rotación de la punta.

Objetivo: El objetivo de este estudio es demostrar que los resultados estéticos con el injerto de extensión septal es predecible y constante a corto y largo plazo

Material y métodos: Se realizó un estudio prospectivo de 42 pacientes a los que se les realizó rinoplastia con injerto de extensión septal y fueron valorados en un periodo de un año basados en la proyección, definición y rotación.

Resultados: De los 42 pacientes operados, 28 fueron pacientes femeninas y 14 pacientes masculinos, 31 fueron rinoplastias cerradas y 11 rinoplastias abiertas. Para evaluar los resultados se tomaron en cuenta dos parámetros, la opinión del paciente mediante la escala de likert y el análisis propio del cirujano plástico con mediciones en fotos pre y post operatorias. Las evaluaciones se efectuaron a las dos semanas, a los tres meses a los 6 meses y al año de su cirugía. Se pudo obtener que 83 % estaban muy satisfechos y satisfechos, 11 poco satisfechos con el dorso y 4 % necesitaron un retoque en la punta, por falta de definición. Las mediciones propias del cirujano plástico mostraron una mejoría tanto en la definición, proyección y rotación de la punta.

Conclusión: La rinoplastia utilizando injerto de extensión septal ha demostrado ser una técnica predecible y segura, refuerza el pilar central logrando mayor proyección, definición y rotación de la punta, además, que nos permite establecer la longitud nasal deseada. Es una técnica con poca dificultad en la curva de aprendizaje, los resultados en general son armoniosos y presenta pocas complicaciones.

RECONSTRUCCIÓN MAMARIA DIFERIDA CON EXPANSOR E IMPLANTE

Dr. LUIS FERNANDO MURILLO NAVA MORALES
Filial Tarija

Introducción: Una de las medidas más importantes para el éxito de la cirugía post mastectomía es la correcta planificación para minimizar las secuelas.

Material y métodos: Paciente femenina 48 años con antecedente de Carcinoma invasor no especificó, se realizó una mastectomía total + ganglio centinela + vaciamiento ganglionar axilar. Se realizó en un primer tiempo quirúrgico la colocación de un expansor tisular anatómico texturizado con válvula, se realizaron expansiones con solución salina 40ml cada 15 días durante 4 meses, en un segundo tiempo quirúrgico se realizó el recambio por una prótesis mamaria redonda texturizada en plano retromuscular.

Discusión: La reconstrucción mamaria ha experimentado importantes cambios durante las últimas décadas. Los procedimientos basados en el uso de expansor e implante son los más utilizados

y con los cuales se obtienen resultados satisfactorios, siempre y cuando se seleccione de forma adecuada a la paciente.

Conclusión: Esta técnica quirúrgica postmastectomía permite una reconstrucción mamaria encaminada a mejorar la calidad de vida de la paciente.

QUEMADURA ELÉCTRICA EN PACIENTES DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA CRUZ – BOLIVIA

Dr. MARCELO PORTUGAL
Filial Santa Cruz de la Sierra

Introducción: Las quemaduras eléctricas son cada vez más frecuentes en nuestro medio debido al crecimiento poblacional y de incremento de empresas cada vez de mayor uso de la corriente eléctrica en sus labores cotidianas. De tal forma el trabajo que se desarrolla en el Hospital público como lo es el Hospital Universitario San Juan de Dios por el servicio de Cirugía Plástica presenta retos cada vez más exigentes en la atención de los mismos en la resolución de los pacientes que aquejan esta patología.

Material y Métodos: Se presentan una estadística de atención en los últimos 10 años con pacientes afectados por quemaduras de diferente etimología siendo las quemaduras eléctricas en una frecuencia del 30 por ciento de todos los atendidos en el servicio de Cirugía Plástica del hospital. Por lo que se desarrolla diversos tratamientos de acuerdo a la gravedad de los mismos. Se realiza un estudio retrospectivo de los internados en él. Servicio de Cirugía Plástica del hospital San Juan de Dios de Santa Cruz de los 826 pacientes internados en él. Período 2013 - 2023. 248 pacientes presentaron quemaduras desde las más leves hasta las más complejas que fueron sujetos a la elaboración de diferentes métodos y técnicas quirúrgicas para la resolución de su patología. Todos los pacientes fueron tratados multidisciplinariamente por los servicios que el hospital dispone y según requerimiento de cada paciente en particular. La atención del paciente que sufre quemaduras eléctricas puede significar un antes y un después en el desarrollo de su vida por lo que la atención oportuna y adecuada será de mayor relevancia para su reintegración en su vida laboral y familiar, así como personal. Por lo que es importante darle la mayor atención posible tanto en el periodo agudo, así como en las secuelas futuras para minimizar el impacto de las mismas.

BLEFAROPLASTIA COMBINADA

Dra. CLAUDIA MOLLINEDO
Filial La Paz

Introducción: Se presenta una técnica de blefaroplastia inferior que se realiza por vía transconjuntival y Tradicional.

Material y métodos: Un estudio retrospectivo con un número total de casos 150. Estudio retrospectivo de los años 2017 al 2022. Con 150 casos, de los cuales 15% eran masculinos y 85% femeninos. Con la edad promedio 55 años. Pacientes bajo sedación, infiltración de lidocaína con epinefrina al 05 %, 5 ml en total. Abordaje transconjuntival por compartimientos. Resección de bolsas interna, media y externa, hemostasia. Luego abordaje externo convencional para la resección de excedente cutáneo. Cierre intradérmico continúa con nylon 6.0

Resultados: El 2 % presentó sangrado intraoperatorio. Otro 2 % edema importante. El 96% de los pacientes presentaron disminución de edema, equimosis. No se reportaron complicaciones tardías. Se evidencia un postoperatorio inmediato con disminución de edema y equimosis.

Conclusiones: Con esta técnica evidenciamos recuperación rápida en comparación con la técnica habitual en todos los pacientes. Además de un tiempo quirúrgico menor.

MANEJO DE LA TROMBOPROFILAXIS EN CIRUGÍA PLÁSTICA, ¿QUÉ PARÁMETROS TOMAR EN CUENTA?

Dra. KATHIA GOMEZ
Filial Santa Cruz de la Sierra

Introducción: La aplicación de la profilaxis tromboembólica ha sido tema de intenso debate en cirugía plástica. La incidencia general de TEV en el mundo oscila entre 0.34% al 3.4 % en procedimientos de cirugía estética abdominal combinada (1) a nivel mundial y aunque se desconocen los datos exactos de esta patología en nuestro país Bolivia, creemos firmemente en la necesidad de lograr uniformidad en los criterios de profilaxis y tratamiento, que permitirán mostrar un panorama más claro sobre esta enfermedad y contribuir a un abordaje más racional e interdisciplinario, logrando mejorar la calidad y seguridad de la atención para nuestros pacientes.

Materiales y métodos: Tipo de estudio: Estudio retrospectivo y analítico, basado en la revisión de expedientes clínicos de cada uno de los pacientes atendidos en este periodo de tiempo. Población de estudio. Pacientes sometidos a procedimientos de Cirugía Plástica Estética específicamente abdominoplastia, con tiempos de cirugía menores a 5 horas, o procedimientos combinados junto a la abdominoplastia, realizados entre enero de 2020 a diciembre de 2022 Cálculo de muestra. Todos los pacientes de la población en estudio que se haya realizado una cirugía entre enero de 2020 a diciembre de 2022.

Definición de Variables:

- Tipo de procedimiento, variable cualitativa, no numérica.
- Tipo de profilaxis antitrombótica utilizada (médica o mecánica), variable cualitativa, no numérica.
- Combinación de procedimientos, variable cualitativa, no numérica.
- Tiempo quirúrgico, variable cuantitativa, numérica.
- Tipo de anestesia utilizada variable cualitativa no numérica.
- Índice de masa corporal IMC del paciente variable cuantitativo, numérica.

Descripción del procedimiento:

Se realizará la revisión de todos los expedientes de pacientes en los que se haya realizado procedimientos quirúrgicos de abdominoplastia combinada o no, en los que se hayan realizado procedimientos o tratamientos de enero de 2019 a diciembre de 2022 en el grupo quirúrgico de Médicos Cirujanos Plásticos Criterios de Inclusión. Todos los pacientes en los que se haya realizados procedimientos quirúrgicos estéticos de abdominoplastia, combinados, en los que se hayan realizado procedimientos o tratamientos de profilaxis o tratamiento de enfermedad tromboembólica de enero de 2020 a diciembre de 2022, en el grupo quirúrgico de Médicos Cirujanos Plásticos. Criterios de exclusión. Expedientes incompletos Pacientes con procedimientos quirúrgicos menores Pacientes con procedimientos asociados no estéticos (intraabdominales) o en conjunto con otras especialidades. Pacientes en los que no se haya realizado algún tipo de procedimiento de tromboprofilaxis. Criterios de eliminación Pacientes que no presenten seguimiento de por lo menos 3 meses posteriores a la cirugía. Aspectos éticos Se trata de un estudio clínico retrospectivo basado en la revisión de expedientes clínicos sin participación directa de los pacientes. Por lo tanto, no hubo riesgo para ningún paciente y se mantuvo la confidencialidad de pacientes. Declaramos que no existen conflicto de interés que puedan influir en los resultados.

Protocolo de manejo de paciente sometido a procedimiento de abdominoplastia donde se incluye la lipoes-cultura, asociado o no un tercer procedimiento quirúrgico:

- En todos los pacientes femeninos se indaga sobre el uso de anticonceptivos orales como método de planificación familiar, como protocolo se establece la discontinuidad del mismo 72 horas antes del procedimiento pudiendo iniciarlo en el siguiente ciclo posterior al procedimiento quirúrgico.
- En todos los pacientes se procede a la utilización de medias de mediana compresión y el uso de sistema de compresión intermitente perioperatorio.
- Movilidad de extremidades inferiores posoperatorias en cama, con movimientos de pies en cama de forma permanente, los cuales deben incrementar el rango de movimiento pasadas las primeras 24 horas del posoperatorio, paciente que se le insta a caminar de forma temprana.
- Uso de faja tipo Blundding de compresión liviana para evitar la compresión a nivel inguinal y el cambio por una prenda de mayor compresión se la valora después de los 7 días del posoperatorio.
- Inicio de terapia antitrombótica a las 6 horas de concluido en acto quirúrgico con Enoxaparina (HBPM) de 40 UI posteriores y se repite la dosis al 3er día Posoperatorio en brazo derecho S.C.

Resultados: En los 78 pacientes sometidos abdominoplastia con procedimientos combinados con menos de 5 horas quirúrgicas se realiza este mismo esquema de profilaxis antitrombótica, no presentando en ninguno de ellos algún evento de trombosis sea esta trombosis venosa profunda o el tan temido tromboembolismo pulmonar.

Conclusiones: Recomendar que los tiempos quirúrgicos que no sobrepasen las 5 horas, son de gran importancia para no generar mayor estasis venosa y por lo tanto evitar una trombosis, así también el uso de prendas compresivas y la posición flexionada de la paciente posoperatoria, medida tomada por todos los cirujanos plásticos de manera muchas veces empírica generan un aumento en la presión inguinal, evitar esta medida disminuye las posibilidades de trombosis y mejoran el transcurrir posoperatorio de nuestros pacientes.

REDUCCIÓN EN L EN LAS GIGANTOMASTIAS

Dr. JOSE MIGUEL PINTO
Filial Santa Cruz de la Sierra

Introducción: La preocupación en el aspecto de las cicatrices en la mamoplastias reductoras nos llevó a evaluar la técnica de mamoplastia reductora con cicatriz en L, en las Gigantomastias.

Material y métodos: Estudio descriptivo y retrospectivo de la cual participaron 217 pacientes del sexo femenino, sometidas a mamoplastias reductoras bajo la técnica de reducción en L en las gigantomastias, entre marzo 2016 a Diciembre 2022, en el centro Universitario de Facultad, tecnologías y ciencias (FTC), y clínica Galénica. Según las distribuciones de pacientes en su índice de masa muscular (IMC), 85 pacientes (39,32 %), siendo el más frecuente. Distribución de pacientes de acuerdo con las complicaciones presentadas corresponden a 18 pacientes (9 %), de las cuales el (2 %), exceso de piel, (2 %) epidermólisis, cicatriz hipertrófica (2 %), que serían las más frecuentes. Re abordaje post quirúrgico ocurrió en un total de 6 pacientes (5 %), de los cuales el mas frecuentes seria el exceso de piel, que ocurrió en 3 pacientes (2 %). Fueron analizadas 217 historias clínicas de pacientes del sexo femenino, sometidas a reducción en L en las Gigantomastias, entre marzo 2016 a diciembre 2022. La resección glandular se realizó de acuerdo a las necesidades de cada paciente, teniendo en cuenta los síntomas presentados, deseos de cada paciente y anatomía de la región torácica, para no comprometer el resultado final. Los pacientes con criterios de exclusión no fueron intervenidos. La transposición del complejo areola-pezones se obtuvo en todos los casos sin evidencia de necrosis.

Conclusión: Se demostró que la técnica fue eficaz para el tratamiento según las características de cada paciente.

MALA PRAXIS MÉDICA

Dr. CARLOS VACAFLOR
Filial Santa Cruz de la Sierra

En primer lugar, debe existir un daño en el cuerpo, entendido como organismo, o en la salud, extendiéndose el concepto tanto a la salud física como a la mental.

En segundo lugar, el daño causado debe originarse en un acto imprudente, negligente, fruto de la impericia por apartarse de las normas y deberes a cargo del causante del daño. Se realizó una investigación y una revisión exhaustiva del origen y las causas que motivan a los familiares a llevar a los estrados a los médicos por supuestas malas praxis, que muchas veces ni siquiera sabemos o conocemos y que todo médico debe saber para evitar o minimizar el conflicto con los pacientes.

Que los médicos puedan tener una orientación cuando suceda un error o una mal praxis para poder asumir su defensa con conocimiento.

El origen de la mala praxis se da cuando los médicos en general, los esteticistas con pésima, mala, o nula formación que cometen una serie de errores garrafales, mortales, son los que realizan intrusismo y nos hacen quedar mal, porque la gente cree que son Cirujanos Plásticos.

En los países ya existen asociaciones de familiares de mala praxis y están asociados con abogados que ven una fuente inagotable de ingresos el litigar contra los médicos.