

Volumen **3** / Número 10

Junio **2023**

REVISTA BOLIVIANA DE CIRUGÍA PLÁSTICA



Publicación de la Sociedad Boliviana de Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva

ISSN en línea 2790-0452





REVISTA BOLIVIANA DE CIRUGÍA PLÁSTICA, ESTÉTICA Y RECONSTRUCTIVA

**Publicación de la Sociedad
Boliviana de Cirugía Plástica,
Estética y Reconstructiva**



VOLUMEN 3 NÚMERO 10
Junio 2023

DIRECTOR
Dra. Alejandra Peláez

EDITOR
Dr. Javier Pacheco Carvajal

CO-EDITOR
Dr. Darío Suarez O.

EDITORIAL
Sociedad Boliviana de Cirugía Plástica

DIRECCIÓN
Calle 9B-N #34 3er. Anillo Interno, Equipetrol. Santa Cruz, Bolivia

TELÉFONO
+59178423623

ISBN
978-956-7576-90-6

ISSN EN LÍNEA
2790-0452

DISEÑO
Open Journal Systems Chile

©Derechos reservados



COMITÉ CIENTÍFICO EDITORIAL

COMITÉ REVISOR

Dr. Raúl Escobar

Dra. Alejandra Peláez

COMITÉ DE REDACCIÓN

Dra. Tania Pinto

Dr. German Torrez

CONSEJO CONSULTOR NACIONAL

Dra. Miriam Aicardi

Dr. Jorge Aramayo

Dr. Carlos Dorado

Dr. Iván Zabalaga

CONSEJO CONSULTOR INTERNACIONAL

Dra. María del Mar Vaquero (España)

Dr. Javier Vera Cucchiaro (Argentina)



SUMARIO

PRÓLOGO	9
<i>Dr. Juárez Avelar</i>	
EDITORIAL	11
<i>Dr. Javier Pacheco Carvajal</i>	
ARTÍCULO CIENTÍFICO	
Transferencia tendinosa del extensor propio del índice en rotura espontánea del extensor largo del primer dedo. Reporte de caso.	12
<i>Andrés Lamoth</i>	
Colgajo fasciocutáneo en cono para reconstrucción de úlcera en talón	17
<i>Jessika Fernández Niño de Guzmán</i>	
Experiencia en el manejo y tratamiento de lesiones tipo degloving en el Centro Nacional de Quemados Montevideo-Uruguay	26
<i>Ivana Armand Hugon, Diego Gutiérrez, Juan Silva, Oscar Jacobo</i>	
Daño Nasal por abuso de cocaína- Reporte de Caso Clínico.	34
<i>Ivana Armand Hugon, Diego Gutiérrez, Eliana Camacho, Oscar Jacobo</i>	
NOTICIAS SBCPER	
Resumen XV congreso boliviano de Cirugía Plástica Estética y Reconstructiva	41
<i>Alejandra Peláez</i>	
NORMAS EDITORIALES	
Reglamento de Preparación de los Artículos.	52

MENTOR® IMPLANTES

CONFIABLE & RESPONSABLE



Implantes Mamarios

Mentor® MemoryGel®

La textura **SILTEX®** provee a tranquilidad a usted y sus pacientes.

Resultados probados en los que puede confiar:

MÁS BAJO
Índice reportado de la siguiente complicación

<5%
Contractura capsular en el primer aumento

BAJO
Grado de wrinkling severo o moderado en implantes lisos o texturizados

0%
Casos implantados en plano submuscular

SIN
Glóbulos de sílica como residuo

0 de 5
Cápsulas tuvieron residuos de glóbulos de sílica en un estudio publicado

Mediante la manufactura de implantes con nuestra tecnología patentada **SILTEX®**, creamos una superficie libre de poros e intersticios que puede contribuir a una reducción en las complicaciones claves durante el aumento mamario.



Implantes Mamarios

Anatómicos Mentor® CPG®

Estudio base multicéntrico de la FDA a 10 años.

Resultados probados en los que puede confiar:

MÁS BAJO
Índice reportado de las siguientes complicaciones a 10 años.

3.8%
Contractura capsular en el primer aumento

BAJO
Grado de complicación en más de 9000 implantes con texturización **SILTEX®**

0%
Doble Cápsula reportada

SIN
Glóbulos de sílica como residuos

0 de 5
Cápsulas tuvieron residuos de glóbulos de sílica en un estudio publicado

1.5%
Rotación en primer aumento

Mediante la manufactura de implantes con nuestra tecnología patentada **SILTEX®**, creamos una superficie libre de poros e intersticios que puede contribuir a una reducción en las complicaciones claves durante el aumento mamario.

HAZ TU VIDA MÁS
hermosa™



Ketorolaco Trometamina

Donodol

Rapidez y eficacia analgésica

 **Bagó**



Fillderm[®]
Lidocaine

La Evolución Tecnológica del Ácido Hialurónico



Citar este artículo como:

Avelar, J. (2023). Prólogo. Revista Boliviana de Cirugía Plástica, 3(10), 9–10. <https://doi.org/10.54818/rbcp.vol3.n10.2023.98>

PRÓLOGO

PRÓLOGO

Dr. Juárez Avelar

Cirujano Plástico titular SBCP (Sociedad Brasileira de Cirugía Plástica), Brasil
juarezavelar@bol.com.br



Recibí y acepté con mucha alegría, bajo muchos ángulos la amable invitación del Darío Lautaro Suarez Oyhamburu para escribir este prólogo para la Revista Boliviana de Cirugía Plástica. El primer ángulo está claro que Darío Absorbió con entusiasmo las enseñanzas de mi dedicación, al muy y siempre constante trabajo para transmitir los conocimientos.

¡En verdad!, nosotros no somos propietarios de nuestros conocimientos técnicos o de otras naturalezas.

Cada persona almacena su experiencia individual que no es posible transmitir para otra, pero es noble transmitir las informaciones técnicas a otro profesional.

El segundo ángulo de mi alegría, pero no menos importante, es que la Revista Boliviana de Cirugía Plástica, tiene la fundamental misión de llevar a cada cirujano plástico las informaciones técnicas demostrativas del desarrollo científico para el beneficio de los pacientes. Todo el progreso técnico o científico no tendría importancia si el ser humano no fuera el punto final para recibir el producto de las investigaciones y el mejoramiento técnico.

Otro ángulo muy importante e igualmente no menos evidente para mi alegría es la puerta abierta para las publicaciones de los cirujanos plásticos de Bolivia para exportar los productos de los conocimientos para los especialistas de otros países. El nivel técnico y profesional de los especialistas bolivianos está en elevada posición para transmitir conocimientos a sus colegas de otras nacionalidades.

A lo largo de mis 50 años dedicados al ejercicio profesional como cirujano plástico y con muchas decenas de publicaciones científicas en revistas y en mis 22 libros editados en Brasil y en otros países, yo se calcular el esfuerzo del Dr. Darío Suárez y de todos los miembros de cuerpo editorial.

Deseo que el entusiasmo, dedicación y rigor editorial sea reforzado en cada edición de la Revista Boliviana de Cirugía Plástica para mantener la calidad técnica que esta evidente en todas las publicaciones anteriores.

El progreso y desarrollo técnico de la cirugía plástica, como todo producto del conocimiento humano no ocurre de un momento para otro, o de un grupo de profesionales, ni de un año para otro, pero si se debe a la participación de varias generaciones de cirujanos durante muchas décadas y siglos con mucho esfuerzo y esperanza en arreglar la forma del cuerpo humano.

Nuestra especialidad tiene como finalidad reparar o reconstruir la forma exterior de los pacientes con las esenciales repercusiones en el estado interior de cada uno de ellos para alcanzar el equilibrio entre cuerpo y el estado espiritual.

Estoy seguro de que el muy buen trabajo de la Revista Boliviana de Cirugía Plástica, a través del esfuerzo del cuerpo editor, del Dr. Darío Lautaro y de todos los que trabajan para ofrecer un vehículo de excelente calidad Editorial.

Merece el reconocimiento de todos los cirujanos plásticos de su país y del exterior. Por lo tanto, Felicito a todos los abnegados cirujanos encargados de la publicación científica de la Revista Boli-

viana de Cirugía Plástica y de la Sociedad Boliviana de Cirugía Plástica por la dedicación en crear y mantener este tan buen medio de comunicación científica.

Citar este artículo como:

Pacheco, J. (2023). Editorial. Revista Boliviana de Cirugía Plástica, 3(10), 11. <https://doi.org/10.54818/rbcp.vol3.n10.2023.99>

EDITORIAL

EDITORIAL

Dr. Javier Pacheco Carvajal

Editor Revista Boliviana de Cirugía Plástica, Bolivia
editor@revistabolivianacirplastica.org

Del 12 al 14 del pasado mes de abril se realizó el XV CONGRESO BOLIVIANO DE CIRUGÍA PLÁSTICA ESTÉTICA Y RECONSTRUCTIVA en la ciudad de La Paz, con la participación de diez destacados expositores internacionales, los miembros de la Sociedad Boliviana de Cirugía Plástica y doce miembros aspirantes que accedieron a la titularidad, bajo la dirección de la Dra. Gina Guachalla como presidenta de nuestra sociedad científica.

La actividad académica se dividió en: mesas redondas, conferencias magistrales, exposición de casos problemas y se implementó el envío de resúmenes que se publicaran en este número de nuestra revista.

El comité editorial, realiza una actividad permanente que pretende fortalecer la actividad académica de nuestra sociedad científica en todos los espacios que esta promueva, agradecemos a todos los autores que nos envían sus manuscritos con el interés de publicar en nuestra revista y también a la directiva nacional y las directivas regionales que brindan un apoyo permanente para llevar adelante nuestro noble proyecto.

Desde la Revista Boliviana de Cirugía Plástica, hacemos llegar nuestras felicitaciones al nuevo directorio nacional, que es precedido por la Dra. Ana María Gil Rivero, a quien queremos expresar nuestro mayor respaldo y compromiso de trabajo en beneficio de la SBCPER.

Citar este artículo como:

Lamoth, A. (2023). Transferencia tendinosa del extensor propio del índice en rotura espontánea del extensor largo del primer dedo. Reporte de caso. Revista Boliviana de Cirugía Plástica, 3(10), 12–16. https://doi.org/10.54818/rbcp.vol3.n10.2023.92

ARTÍCULO CIENTÍFICO

TRANSFERENCIA TENDINOSA DEL EXTENSOR PROPIO DEL ÍNDICE EN ROTURA ESPONTÁNEA DEL EXTENSOR LARGO DEL PRIMER DEDO. REPORTE DE CASO

TENDON TRANSFER OF THE EXTENSOR INDICIS PROPRIUS DUE TO SPONTANEOUS RUPTURE OF THE EXTENSOR POLLICIS LONGUS OF THE FIRST FINGER. CASE REPORT

Dr. Andrés Lamoth

Hospital Pasteur, Montevideo, Uruguay
andreslamothps@gmail.com

RESUMEN

El extensor largo del pulgar, constituye el músculo más importante para la extensión de la articulación interfalángica y metacarpofalángica del pulgar. El resultado de la ruptura tendinosa del extensor largo del pulgar, consiste en la imposibilidad de extender activamente la articulación interfalángica. A pesar de las causas descritas en la literatura, los reportes de roturas espontáneas asociados a actividad ocupacional laboral, en pacientes jóvenes sin factores predisponentes, son infrecuentes. La reparación directa suele ser dificultosa dado que los cabos tendinosos no son aptos para una sutura tendinosa primaria. En este caso los procedimientos secundarios de reconstrucción tendinosa mediante una transferencia están indicados.

Caso: Se presenta un paciente de sexo masculino, 39 años, trabajador manual, sin antecedentes patológicos a destacar con diagnóstico de rotura espontánea del extensor largo del primer dedo aguda y su resolución mediante la realización de una transferencia del extensor propio del índice al extensor propio del pulgar.

Conclusión: La transferencia tendinosa del extensor propio del índice para restaurar la función de extensión del primer dedo, frente a la rotura del extensor propio del pulgar, demuestra ser una alternativa terapéutica válida y reproducible con buenos resultados funcionales en el corto plazo, permitiendo la reincorporación a las tareas laborales habituales con baja tasa de complicaciones

Palabras clave: *Extensor largo del pulgar; extensor propio del índice; rotura espontánea; transferencia tendinosa; case report*

El extensor largo del pulgar, constituye el músculo más importante para la extensión de la articulación interfalángica y metacarpofalángica del pulgar. Su origen se da a nivel del tercio distal del cúbito y membrana interósea, desde allí se dirige hacia el radio ingresando al tercer compartimiento dorsal del retináculo extensor. Tiene su inserción distal en el sector dorsal de la base de la falange distal. Es el único músculo que permite la retropulsión e hiperextensión del pulgar[1]. El resultado de la ruptura tendinosa del extensor largo del pulgar, consiste en la imposibilidad de extender activamente la articulación interfalángica. La ruptura espontánea del tendón del extensor largo del pulgar a nivel de la muñeca es poco frecuente[2]. En la literatura, se han reportado distintos factores asociados dentro de los cuales, los más frecuentes son la fractura de radio distal, la artritis reumatoide, inyección sistémica o local de corticoides[3]. Otras causas, comprenden: la movilidad excesiva de la muñeca; resaltos óseos luego de fracturas de radio distal o escafoides; desplazamiento de fijadores externos; mal unión del escafoides y subluxación distal del cúbito[4]. A pesar de estas causas, los reportes de roturas asociados a actividad ocupacional laboral, en pacientes jóvenes sin factores predisponentes, son infrecuentes.

La reparación directa suele ser dificultosa dado que los cabos tendinosos no son aptos para una sutura tendinosa primaria. En este caso los procedimientos secundarios de reconstrucción tendinosa mediante una transferencia están indicados[5]. Numerosas técnicas han sido descritas, pero la transferencia que emplea al extensor propio del índice es la más popular, ya que ambos tendones cuentan con una amplitud similar y dirección de fuerza[6], además el déficit funcional que resulta de esta transferencia no es significativo[1]. La técnica quirúrgica más difundida, fue descrita por Schneider y Rosenstein en 1983, se basa en tres incisiones: una transversa sobre el dorso del cuello distal del segundo metacarpiano; otra incisión transversa a nivel del radio distal y una incisión curvilínea en el dorso de la articulación metacarpofalángica del pulgar[7]. En relación a las técnicas de sutura empleadas, existen descritas un amplio repertorio, utilizadas para reparaciones secundarias: Pulvertaft, spiral linking, latero lateral, end weave y tipo lazo entre otros; cada una de ellas con diferentes propiedades biomecánicas[8]. El pronóstico suele ser por demás bueno luego de la reconstrucción, ya sea primaria o secundaria, permitiendo restaurar una adecuada función[9]. Se presenta un paciente con diagnóstico de rotura espontánea del extensor largo del primer dedo aguda y su resolución.

Caso

Nos encontramos frente a un paciente de 38 años de edad, sexo masculino, caucásico, que consulta en emergencia. Sin antecedentes patológicos personales a destacar. No consumidor de drogas o medicamentos. Como ocupación, el paciente es dueño de una pizzeria, cumpliendo variadas tareas manuales. El motivo de consulta es la imposibilidad de extender activamente el primer dedo de su mano hábil, hecho que se instala de forma repentina tras sentir un chasquido en la base del primer dedo, no doloroso. Refiere dolor durante la semana previa, de leve intensidad, durante tareas manuales, localizado en el dorso de la muñeca, sin historia previa de dolor similar, niega traumatismos o esfuerzos físicos.

Del examen físico, se destaca: imposibilidad de extensión activa o pasiva de la articulación interfalángica del primer dedo, sin limitación a la abducción o aducción del primer dedo, sin dolor a la palpación de articulación interfalángica o metacarpofalángica del primer dedo. Sin déficit en la extensión de puño o disminución de sensibilidad en el primer dedo (Fig. 1). La radiografía de la mano afectada, no evidencia pérdida de congruencia articular o fracturas.

Luego de la evaluación inicial, bajo el diagnóstico de ruptura espontánea del tendón del extensor largo del primer dedo, el paciente fue derivado a sala de operaciones para su resolución. El procedimiento se realizó bajo anestesia general. En primer lugar, se diseñaron las incisiones, para localizar los cabos tendinosos: una longitudinal de 3 cm sobre el dorso del cuello distal del segundo metacarpiano (variación de orientación del abordaje, respecto de la técnica original descrita); otra incisión transversa a nivel del radio distal y una incisión curvilínea en el dorso de la articulación metacarpofalángica del pulgar. Se constató la rotura y la mala calidad de los cabos

tendinosos para realizar una reparación directa del tendón. Por lo anterior, se procede a realizar la transferencia, identificando el tendón del extensor propio del índice a través del abordaje próximo a la segunda articulación metacarpofalángica, seccionándolo y redirigiendo el cabo proximal del extensor propio del índice hacia el cabo distal del extensor propio del primer dedo, todo esto ayudándose a través del abordaje transverso en la cara dorsal del radio distal. Una vez se presentan a través del abordaje curvilíneo (Fig. 2a), se procede a realizar una sutura intertendinosa con técnica de Pulvertaft con material irreabsorbible de calibre 3-0 regulando la tensión de la sutura con el dedo en extensión (Fig. 2b). Una vez realizado el cierre, se inmovilizó el primer dedo en abducción y extensión mediante una férula de yeso. El paciente recibió el alta hospitalaria el mismo día, cumpliendo tratamiento antibiótico profiláctico con cefradina 500 mg cada 6 horas por 5 días y como analgesia: ketoprofeno 100 mg cada 12 hs de ser necesario. La inmovilización se mantuvo por un período de 4 semanas, tras lo cual, fue retirada la férula comenzando con protocolo de rehabilitación a cargo de terapeuta ocupacional por un período de 2 semanas. En el control final a las 7 semanas de tratamiento es posible valorar una función adecuada con extensión activa máxima del primer dedo y permitiendo el retorno del paciente a sus actividades habituales (Fig. 3).



Figura 1.



Figura 2a.



Figura 2b.



Figura 3.

Discusión

La importancia funcional del extensor propio del pulgar, se basa en que además de la extensión del primer dedo, constituye una pieza fundamental para efectuar la pinza con fuerza de agarre suficiente para la sujeción de objetos [8]. Existen numerosos ejemplos de roturas espontáneas que involucran al extensor propio del pulgar, producto de: movimientos anormales de la muñeca; sinovitis, anomalías óseas [2]. Sin embargo, no es frecuente encontrar roturas espontáneas por movimientos repetitivos durante la actividad laboral, en pacientes jóvenes sin antecedentes patológicos, cómo es el de nuestro caso. La unidad músculo tendinosa seleccionada como donante para la transferencia, debe ser prescindible y contar con una fuerza y excursión similar al tendón a reparar. El dedo índice tiene dos extensores: extensor propio del índice y extensor común del Segundo dedo. Uno de ellos es suficiente para la extensión del índice. El extensor propio del índice tiene una fuerza y línea de tracción similar al extensor propio del pulgar [6, 10]. El palmar menor, constituye otra opción para reestablecer la extensión del pulgar. En nuestra experiencia cambiamos la orientación de la incisión a nivel de la articulación metacarpofalángica del segundo dedo, respecto de la técnica original.

Conclusión

Como conclusión podemos decir que esta lesión, no es característica de pacientes en edad laboral activa, sin antecedentes patológicos cómo es el de nuestro caso. La transferencia tendinosa del extensor propio del índice para restaurar la función de extensión del primer dedo, frente a la rotura del extensor propio del pulgar, demostró en este caso, ser una alternativa terapéutica válida y reproducible para recuperar la extensión activa de la articulación interfalángica del primer dedo, que permitió la reincorporación a las tareas habituales del paciente, en un período de 8 semanas, sin complicaciones vinculadas a la modalidad de tratamiento al momento.

Conflicto de interés: No se recibió aporte económico, no declaramos conflicto de interés.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- [1] **A. Meiwandi, S. Kaptanis, M. Papadakis**, Extensor indicis transfer versus palmaris longus transplantation in reconstruction of extensor pollicis longus tendon: A protocol for a systematic review, *Syst. Rev.* 9 (2020) 1–5. <https://doi.org/10.1186/s13643-020-01409-3>.
- [2] **C.H. Kim**, Spontaneous rupture of the extensor pollicis longus tendon, *Arch. Plast. Surg.* 39 (2012) 680–682. <https://doi.org/10.5999/aps.2012.39.6.680>.
- [3] **M.S. Faúndez, C.A. Sanhueza, G.C. Penna**, Rotura espontánea del tendón extensor largo del pulgar – transferencia tendínea con técnica anestésica WALANT Spontaneous Rupture of Thumb Extensor Pollicis Longus – Tendon Transfer under the WALANT Anesthetics Technique, (2017) 71–75.
- [4] **A. Björkman, P. Jörgsholm**, Rupture of the extensor pollicis longus tendon: A study of aetiological factors, *Scand. J. Plast. Reconstr. Surg. Hand Surg.* 38 (2004) 32–35. <https://doi.org/10.1080/02844310310013046>.
- [5] **P.H.C. Stirling, N. Ng, A.D. Duckworth, J.E. McEachan**, Extensor indicis transfer improves function in patients after rupture of the extensor pollicis longus tendon, *Hand Surg. Rehabil.* 40 (2021) 343–346. <https://doi.org/10.1016/j.hansur.2020.12.005>.
- [6] **P.C. Boucke, T. Cordier, M. Häfeli, S. Schibli**, Simplified active motion protocol following Extensor indicis to Extensor pollicis longus tendon transfer using a side-to-side suture, *Handchirurgie Mikrochirurgie Plast. Chir.* 53 (2021) 67–71. <https://doi.org/10.1055/a-1326-1950>.
- [7] **K. Ditsios, C. Pavlopoulos, P. Konstantinou, A. Serlis, T. Katsimentzas, I. Pinto, L. Kostretzis**, Extensor indicis proprius transfer for the extensor pollicis longus tendon rupture with a two-incision technique, *J. Plast. Reconstr. Aesthetic Surg.* 75 (2022) 2001–2018. <https://doi.org/10.1016/j.bjps.2022.02.047>.
- [8] **J. Abad Morenilla, Á. Sutil Blanco, D. Varillas Delgado, F. García de Lucas**, Reparación del tendón extensor pollicis longus, mediante la técnica del lazo con el extensor pollicis brevis, *Rev. Iberoam. Cirugía La Mano.* 46 (2018) 012–019. <https://doi.org/10.1055/s-0038-1639512>.
- [9] **T. Pillukat, K.J. Prommersberger, J. Van Schoonhoven**, Vergleich der ergebnisse nach rekonstruktion der sehne des musculus extensor pollicis longus durch freies sehneninterponat gegenüber dem motorischen ersatz durch eine extensor indicis-transposition, *Handchirurgie Mikrochirurgie Plast. Chir.* 40 (2008) 160–164. <https://doi.org/10.1055/s-2007-965479>.
- [10] **H. Saremi, A. Karbalaieikhani**, Emergent tendon transfer in hand trauma: A case report, *Trauma Mon.* 17 (2012) 401–403. <https://doi.org/10.5812/traumamon.7578>.

Citar este artículo como:

Fernández, J. (2023). Colgajo fasciocutáneo en cono para reconstrucción de úlcera en talón. Revista Boliviana de Cirugía Plástica, 3(10), 17–25. https://doi.org/10.54818/rbcp.vol3.n10.2023.95

ARTÍCULO CIENTÍFICO

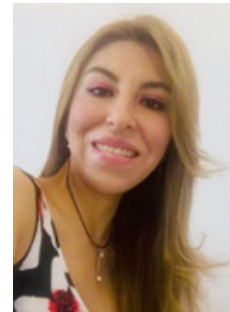
COLGAJO FASCIOCUTÁNEO EN CONO PARA RECONSTRUCCIÓN DE ÚLCERA EN TALÓN

FASCIOCUTANEOUS CONE FLAP FOR HEEL ULCER RECONSTRUCTION

Dra. Jessika Fernández Niño de Guzmán

Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva
Seguro Social Universitario
La Paz, Bolivia

drajessikafernandez@gmail.com



RESUMEN

Introducción y Objetivos: La reconstrucción de talón, causado por úlceras por presión con pérdida de sustancia, plantea una reconstrucción con procedimientos quirúrgicos, que proporcionen una cubierta adecuada de piel y tejidos blandos con el uso de Colgajos fasciocutáneos. En el presente caso, el uso del Colgajo en Cono es una técnica que permite alcanzar resultados significativos para restablecer la funcionalidad de la zona afectada, al realizar un tratamiento inmediato y de mantenimiento oportuno, brindarle un colchón dermo graso a la zona afectada, lo cual disminuye de manera notable las secuelas posteriores. El Colgajo en Cono es una idea desarrollada en el Servicio de Cirugía Plástica del “Hospital del Trabajador” en Santiago de Chile, por el Dr. Wilfredo Calderón en 1987. Se practicaron previamente disección anatómica de las piernas de 10 cadáveres frescos, tras inyección de azul de metileno y bario en la arteria poplítea, para comprobar su irrigación.

Realizaron un análisis geométrico del avance en V-Y para demostrar cómo los tejidos pueden avanzar en este tipo de colgajos.

El presente trabajo reporta el caso de un paciente de sexo masculino de 65 años de edad, con antecedente de úlcera por presión en ambos talones, que acude al Seguro Social Universitario con áreas necróticas en ambas zonas afectadas.

Palabras clave: Colgajo; Cono; Reconstrucción; Talón; Úlcera

ABSTRACT

Background and Objectives: Heel reconstruction, caused by pressure ulcers with loss of substance loss, involves a reconstruction with surgical procedures, which provide an adequate covering of skin and soft tissues with the use of fasciocutaneous flaps. In the present case, the use of the Cone Flap is a technique that allows significant results to be achieved to restore the functionality of the affected area, by performing immediate treatment and timely maintenance, providing a dermo-fatty mattress to the affected area, which It significantly reduces subsequent sequelae. The Cone Flap is an idea developed in the Plastic Surgery Service of the “Hospital del Trabajador” in Santiago de Chile, by Dr. Wilfredo Calderón in 1987. Anatomical dissection of the legs of 10 fresh

cadavers was previously performed, after injection of blue methylene and barium in the popliteal artery, to check its irrigation.

They performed a geometric analysis of V-Y advancement to demonstrate how tissues can advance in this type of flap.

This paper reports the case of a 65-year-old male patient, with a history of pressure ulcers in both heels, who attended the University Social Security with necrotic areas in both affected areas.

Keywords: *Cone; Flap; Heel; Reconstruction; Ulcer*

INTRODUCCIÓN

En el caso de úlceras por presión la parte más difícil de reparar es la parte distal del miembro inferior, es un reto desde el punto de vista anatómico y funcional, para lo cual la Cirugía Plástica Reconstructiva tiene como herramienta el uso de la técnica de los colgajos. Cuando el defecto es mayor de 2 cm, el cierre es más dificultoso y en esos casos hemos utilizado aquellos grandes colgajos musculares o cruzados de la pierna, con lo que ello implica en costo, tiempo de recuperación y problemas técnicos. Si usamos un colgajo fasciocutáneo en cono, con el colgajo de rotación y un colgajo de avance en V-Y de este modo podemos evitar colgajos más complicados. Es por este motivo que es de uso frecuente en Servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva del Seguro Social Universitario de la Ciudad de La Paz, por diversas patologías.

Historia: Se presenta un colgajo no descrito previamente en la literatura internacional ni nacional. Introducido por el Dr. Wilfredo Calderón en 1987 con estudios realizados en el servicio de Cirugía Plástica del Hospital del Trabajador en Santiago de Chile. El colgajo se denomina “en cono” por la forma final que se obtiene un barquillo de helado con su bocado. Consta de 2 colgajos acoplados: uno de rotación local y otro un avance en V-Y, ambos fasciocutáneos. Para comprobar su irrigación se practicó disección anatómica de las piernas de 10 cadáveres frescos inyectando azul de metileno y bario en la arteria poplítea. El resultado demostró un rico y amplio plexo tanto infra como supra fascial que irriga muy bien la piel de ambos colgajos a nivel de 1/3 distal de la pierna. Se realizó también un análisis geométrico del avance en V-Y para demostrar como los tejidos pueden avanzar y para determinar las dimensiones que debe tener este colgajo. En el año 2009, se aplicó el estudio en 108 pacientes operados, con lesiones en diferentes partes del organismo con complicaciones de un 3,7%. Y no es sino hasta el 2014 que se confirma la versatilidad del uso del colgajo en cono en lesiones de diferentes partes del cuerpo, con resultados garantizados.

Descripción de Colgajo: Se define como la transferencia de tejidos vascularizados para reconstruir un defecto, la vascularización del tejido transferido se conserva por los vasos nutrientes de su pedículo. Los colgajos son útiles para cerrar defectos grandes brindando un cierre primario y en donde el injerto de piel es inadecuado por su escasa irrigación.

Flujo sanguíneo en colgajos: Al levantar los colgajos, los sistemas neuronal, humoral, físico local y metabólico que regulan el flujo sanguíneo de la piel, se alteran liberándose neurotransmisores, que producen vasoconstricción, disminuyendo dramáticamente la presión de perfusión durante las primeras 12 a 18 horas, especialmente en la porción distal del colgajo. Al levantar el colgajo se seccionan vasos, y el flujo se redirecciona incrementándose el % de sangre que va del vaso fuente a la arteria perforante. Por este fenómeno, la velocidad y cantidad de flujo sanguíneo que llega a la piel es mayor en este tipo de colgajos. Basan su irrigación en ramas perforantes que provienen de vasos sanguíneos profundos que atraviesan la fascia y que posteriormente irrigan la piel, estableciendo así, colgajos con rica vascularización.

Anatomía del Colgajo Fasciocutáneo en Cono: Para su mejor estudio la planta del pie se la divide en tres partes, el ante pie, medio pie y retro pie, de los cuales toma mayor interés para elaboración de este colgajo el medio pie (Fig. 1). El pie está irrigado principalmente por la Art. Tibial Posterior, que a nivel de la planta del pie a nivel del calcáneo se divide en dos ramas, da una 1ra

rama Art. Plantar Interna, una 2da rama Art. Plantar Lateral o Externa (la más importante) porque de ella sale la 3ra rama que es el Arco plantar (Fig. 2), En el diseño del Colgajo en cono hay tres sitios de importancia que debemos cuidar para no quitarle la irrigación principal al colgajo y son : medio pie, cara latero interna y latero externa, entre la unión de los huesos del tarso con los metatarsianos, lugares por donde transcurren los principales vasos de la planta del pie (Fig. 2 y 3) y a nivel de retropié, en la unión entre el calcáneo y el astrágalo, lugar donde se dividen la plantar interna y la plantar externa (Fig. 4).

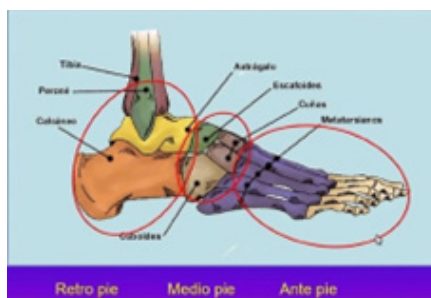


Figura 1. División de la planta del pie y huesos que lo conforman, ante pie, medio pie y retro pie. Fotografía de Atlas de anatomía, traumatología y ortopedia, capítulo 14, Facultad de Medicina -Lima Perú.



Figura 2. Irrigación de planta del pie, Tibial posterior, plantar interna, plantar externa y arco plantar. Fig. 3. Sitios de precaución con mayor irrigación en medio pie. Fotografía de Anatomía Humana de H. Rouvière, y A. Delmas; Tema 22. Principales arterias de la extremidad inferior: 11ª edición 2005.

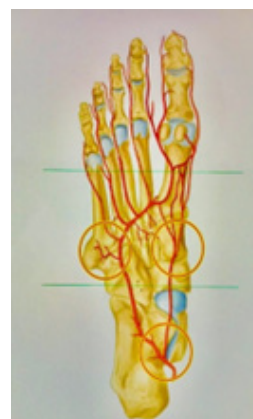


Figura 3. Sitios de precaución con mayor irrigación en medio pie. Fotografía de Anatomía Humana de H. Rouvière, y A. Delmas; Tema 22. Principales arterias de la extremidad inferior: 11ª edición 2005.

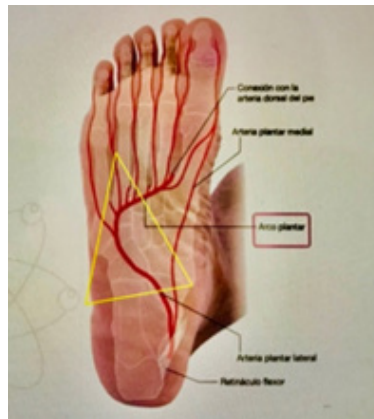


Figura 4. Irrigación de planta del pie. Diseño de Colgajo en V-Y cuidando vasos principales Fotografía Anatomía Humana de H. Rouvière, y A. Delmas; Tema 22. Principales arterias de la extremidad inferior: 11ª edición 2005.

Requisitos para Colgajo en cono V-Y: Útil en heridas de 2-6 cm diámetro, debe existir tejido de granulación óptimo, sin signos de infección, requiere de que paciente se comprometan 21 días a estar sin soporte de peso en extremidad afectada.

Técnica y Diseño del Colgajo en Cono o Colgajo en V-Y: (Fig. 5)

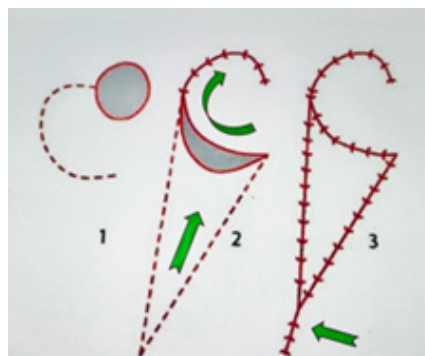


Figura 5. 1. Defecto en gris. 2. Diseño del colgajo de rotación y avance sobre el defecto. 3. Diseño y avance del colgajo en cono. Fotografía de Calderon W, Andrades P, Cabello R, Israel G, Leniz P. The cone flap a new and versatile fasciocutaneous flap. *Plast Reconstr Surg* 114(6): 1539-1542, Nov. 2004.

CASO CLÍNICO

Se trata de un paciente masculino de 65 años de edad, que ingresa al Seguro Social Universitario de La Paz en fecha 23/10/20, con los diagnósticos de Úlceras por presión en talones de ambos miembros inferiores e Hipertensión arterial en tratamiento. Cuadro de 3 meses de evolución (Fig. 6).



Figura 6. *Fotografía de paciente de 65 años, del Seguro Social Universitario-LP, Diagnóstico: Úlceras por presión Grado III en ambos talones.*

Al examen físico se evidencia extremidades inferiores con presencia de: Úlceras por presión en ambos talones, Grado III. Úlcera en Talón Derecho de 6 x 5 cm diámetro. Úlcera en Talón Izquierdo de 6 x 4 cm diámetro.

Como inicio del tratamiento se indica curaciones diarias con apósitos humedecidos en alcohol para lograr que las úlceras se delimiten. Posteriormente el plan quirúrgico será, Limpieza quirúrgica con escarectomía de ambos talones (Fig. 7 y 8). Plastia Reconstructiva con Colgajo en Cono en ambos talones.



Figuras 7 y 8. *Fotografía paciente de 65 años, Seguro Social Universitario-LP. Escarectomía bilateral incluyendo bordes fibrosos.*

La resección de las úlceras es hasta el fondo de la fascia plantar, reseca trectos fibrosos alrededor de la úlcera, para mejor movilización de los colgajos.

TÉCNICA DE DISEÑO Y MOVILIZACIÓN DEL COLGAJO EN CONO

Dissección del colgajo de rotación, por debajo de la úlcera, la base de nutrición vascular se encuentra en la cara interna del talón.

Fijación del colgajo de rotación al borde superior de la úlcera con puntos de vicryl 2-0 (Fig. 10).

Dissección, movilización del colgajo en V-Y (Fig. 11).

Importante en la dissección de tejido graso hasta llegar a la fascia plantar, liberarla y seccionarla para lograr que el colgajo se movilice (Fig. 12).

Movilización y avance del colgajo V-Y hacia la parte superior (Fig. 13).

En la punta o vértice inferior del colgajo V-Y se logra un cierre simple y sin tensión, debido a que es la parte más estrecha del colgajo.

Se procede a la fijación con vicryl 2-0 planos profundos y piel con Nylon 3-0 (Fig. 15)

En la punta o vértice del colgajo en V-Y, los cm que se avanzan llegan a ser directamente proporcionales a los cm que se avanzan sobre el defecto.

Se procede a curación plana, indicación de miembro en elevación, reposo absoluto y retiro de puntos en 14 días (Fig. 16).

Se realizan los mismos procedimientos en el lado contralateral, pie derecho. Disección colgajo de rotación, fijación y avance del mismo, disección de colgajo V-Y hasta la fascia plantar, avance del mismo (Figs. 17 y 18) y cierre en dos planos con vicryl 2-0 y piel con nylon 3-0 (Fig. 19). Control a los 14 días (Fig. 20).



Figura 9. Fotografía paciente de 65 años, Seguro Social Universitario -LP. Disección del colgajo de rotación con base de nutrición interna.



Figura 10. Fotografía paciente de 65 años, Seguro Social Universitario-LP. Fijación del colgajo de rotación al borde superior de la úlcera.



Figura 11. Fotografía paciente de 65 años, Seguro Social Universitario-LP. Disección y movilización del colgajo en V-Y.

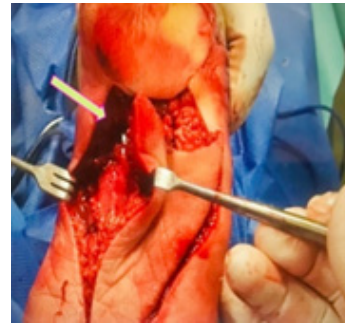


Figura 12. Fotografía paciente de 65 años, Seguro Social Universitario-LP. Disección del colgajo de V-Y hasta fondo de fascia plantar.



Figura 13. Fotografía paciente de 65 años, Seguro Social Universitario-LP. Avance del colgajo en V-Y.



Figura 14. Fotografía paciente de 65 años, Seguro Social Universitario-LP. Gracias al avance del colgajo V-Y, se logra cierre sin tensión del vértice del colgajo.



Figura 15. Fotografía paciente de 65 años, Seguro Social Universitario-LP. Cierre y sutura en dos planos del colgajo V-Y.



Figura 16. Fotografía paciente de 65 años, Seguro Social Universitario-LP. Retiro de puntos y control a los 14 días.

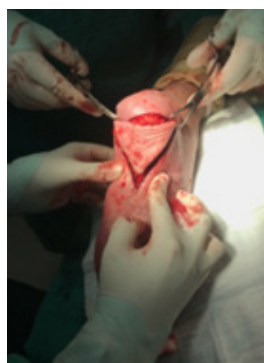


Figura 17 y 18. Fotografía paciente de 65 años, Seguro Social Universitario-LP. Disección y avance colgajo de rotación superior. Disección y avance del colgajo V-Y.



Figura 19. Fotografía paciente de 65 años, Seguro Social Universitario-LP. Cierre y sutura en dos planos del colgajo V-Y. **Figura 20.** Control y retiro de puntos a los 14 días.

INDICACIONES UTILIDAD Y OTRAS APLICACIONES DEL COLGAJO EN CONO

- Su indicación principal es la cobertura de las pérdidas de sustancia en úlceras por presión de miembros inferiores.
- Dr. Wilfredo Calderón, aplicó el colgajo en cono, en su estudio entre el 2000 al 2013, estudio a 108 pacientes, entre 20 y 52 años con lesiones en distintas partes del cuerpo.
- Los defectos afectaban piernas en 27%, tobillos 10%, planta del pie 9%, al talón 8% y a otras localizaciones en el resto de los pacientes.
- Del total, 80 colgajos tuvieron buena evolución (74%), 11 sufrieron dehiscencia mayor (10,2%), 13 dehiscencia menor (12%) y 4 necrosis (3,7%).

CONCLUSIONES

- Colgajo útil, versátil y reproducible, excelente para cobertura de Úlceras en Talón.
- Colgajo en cono es sencillo y seguro de realizar, y permite al cirujano plástico resolver problemas quirúrgicos complejos de forma muy segura y a bajo costo.

- Colgajo útil en la mayoría de las lesiones en diferentes partes del cuerpo.
- Acorta el tiempo de internación de pacientes, en comparación con otra de las opciones de cobertura para úlceras de talón como lo es el Colgajo sural reverso diferido.
- En el Colgajo en cono, la línea de sutura que une al colgajo en V-Y queda fuera y separada del sitio del defecto, lo cual garantiza su vitalidad y recidivas.
- Aporta un colchón dermo graso importante para sitios de presión, evitando recidivas de las úlceras.
- El excelente aporte sanguíneo asegura el éxito, ya que el plano infra y suprafascial, con sus ricos plexos, colabora en la vitalidad del colgajo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. **Calderón W, Arriagada J, Godoy M, Haack F.:** Anatomía y clínica de los Colgajos Fasciocutaneus. *Cir. plast.iberolatinoam.* 1987; 13: 293-296.
2. **Calderón W.** Colgajos fasciocutáneos en la extremidad inferior. *Cuad. Chil. Cir.* 1990; 32: 384-389.
3. **Calderón W.** Uso de Colgajos en Cirugía. *Cuad Chil Cir* 1979; 23: 91-94.
4. **FixRj, VasconezLO.:** Fasciocutaneous flaps in reconstruction of the lower extremity. *Clin Plast Surg*, 1991; 18:571-582.
5. **Hallock GG.** Distal lower leg local random fasciocutaneous flaps. *Plast Reconstr Surg*, 1990; 86: 304-311
6. *Cirugía Plástica Iberoamericana*, vol.40 no.3 Madrid jul./sep. 2014.
7. **Conejero, A., Dagnino, B. and Pereira, N.:** Experiencia en reconstrucción de tercio distal de pierna con colgajo libre de músculo gracilis. *Cir. plást. iberolatinoam.*, 2013, 39 (3):279-283.
8. **Casado Sánchez, C. et al.:** Colgajo circunferencial bloqueado: una nueva opción reconstructiva. *Cir. plást. iberolatinoam.* 2013 .39 (2):159-162.
9. **Calderón W, Andrades P, Cabello R, Israel G, Leniz P.:** The cone flap a new and versatile fasciocutaneuos flap. *Plast Reconstr Surg* 2004; 114: 1539-1542.
10. **Fonseca Portilla, G. and Vargas Naranjo, S:** Reconstrucción de pierna con colgajo veno fasciocutáneo de safena menor: Hospital San Juan de Dios de Costa Rica, 2004-2009. *Cir. plást. iberolatinoam.* 2012, 38 (2):137-144.
11. **Ponten B:** The fasciocutaneous flap: its use in soft tissue defects of the lower leg.*Br J.Plast Surg* 1981;34:\215-220.
12. **Tolhurst DE, Haeseker B, Zeeman RJ.** The development of the fasciocutaneous flap and its clinical applications. *Plast Reconstr Surg* 1983; 71: 597-606.

Citar este artículo como:

Armand, I., Gutierrez, D., Silva, J., Jacobo, O. (2023). Experiencia en el manejo y tratamiento de lesiones tipo degloving en el Centro Nacional de Quemados Montevideo-Uruguay. Revista Boliviana de Cirugía Plástica, 3(10), 26–33. https://doi.org/10.54818/rbcp.vol3.n10.2023.96

ARTÍCULO CIENTÍFICO

EXPERIENCIA EN EL MANEJO Y TRATAMIENTO DE LESIONES TIPO DEGLOVING EN EL CENTRO NACIONAL DE QUEMADOS MONTEVIDEO-URUGUAY

EXPERIENCE IN THE MANAGEMENT AND TREATMENT OF DEGLOVING INJURIES AT THE NATIONAL BURN CENTER MONTEVIDEO-URUGUAY

Dra. Ivana Armand Hugon

Residente de Cirugía Plástica Reparadora y Estética
Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela. Montevideo- Uruguay
ivanaarmandhugon@hotmail.es

Asist. Dr. Diego Gutiérrez

Asistente de Cátedra de Cirugía Plástica Reparadora y Estética
Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela. Montevideo - Uruguay
diegogutierrez@gmail.com

Prof. Adj. Dr. Juan Silva

Profesor Adjunto Catedra de Cirugía Plástica Reparadora y Estética
Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela. Montevideo- Uruguay
juancirri73@gmail.com

Prof. Dr. Oscar Jacobo

Profesor Titular. Cátedra de Cirugía Plástica Reparadora y Estética
Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela. Montevideo- Uruguay
droscajacobo@gmail.com

RESUMEN

Introducción: Las lesiones tipo degloving o avulsiones extensas de partes blandas representan un desafío para el equipo médico tratante.

Es fundamental el adecuado manejo de estos pacientes dada la alta morbilidad.

Objetivos: Estudio de las lesiones tipo degloving de partes blandas tratado en el Centro Nacional de Quemados, su manejo y tratamiento en los últimos 18 años. Analizar la situación actual de estas heridas a fin de proporcionar herramientas para el desarrollo de estrategias de prevención y tratamiento.

Materiales y métodos: Estudio retrospectivo período enero 2004- enero 2022, análisis de base de datos del Centro Nacional de Quemados del Hospital de Clínicas Montevideo Uruguay, incluyendo todos los ingresos por degloving extensos de partes blandas Resultados: La población estuvo compuesta por 38 pacientes, en su mayoría con lesiones por siniestro de tránsito (92,1%) en rol peatón (57,9%). Se encontró una tasa de complicaciones de 55,3% y una mortalidad de 15,8%. Se

vió asociación entre complicaciones infecciosas y mortalidad y entre cultivo positivo al ingreso y demora en el ingreso al centro de quemados.

Conclusiones: Las lesiones graves de miembros inferiores se han presentado con elevada tasa de mortalidad y de complicaciones infecciosas. Estas complicaciones se asociaron con un mayor tiempo de internación. Las complicaciones infecciosas a su vez se asociaron con la mortalidad, igual que la extensión lesional.

Palabras clave: *Accidentes; Heridas y Lesiones; Lesiones por degloving, Tráfico.*

ABSTRACT

Introducción: Degloving injuries or extensive soft tissue avulsions, represent a challenge for the medical team. Proper management of these patients is essential given the high morbidity.

Objetivos: Study of soft tissue degloving injuries treated at the National Burn Center, their management and treatment in the last 18 years. Analyze the current situation of these injuries in order to provide tools for development of prevention and treatment strategies.

Materials and methods: Retrospective study from January 2004 to January 2022, database analysis of the National Burn Center of “Hospital de Clínicas” (Montevideo-Uruguay), including all admissions for extensive soft tissue degloving. Results: The population consisted of 38 patients, mostly with injuries due to traffic accidents (92.1%) of which 57.9% were pedestrians. A complication rate of 55.3% and a mortality of 15.8% were found. An association arised between infectious complications and mortality and between a positivve culture on admission and a delay in time to enter to the National Burn Center.

Conclusions: Lower limb severe injuries have presented a high rate of mortality and infectious complications. These complications were associated with a longer hospital stay. Infectious complications, in turn, were associated with mortality, as well as the extent of lesions.

Keywords: *Accidents; Degloving Injuries; Traffic; Wounds and Injuries*

INTRODUCCIÓN

En Uruguay en el último año hubo más de 18 mil siniestros de tránsito, con un promedio diario de 64 lesionados por día. Los accidentes de tránsito son la causa más frecuentes de lesiones graves de miembros siendo como ya sabemos causas prevenibles (1).

El Centro Nacional de Quemados es un Instituto de Medicina Altamente Especializada público, de referencia nacional, ubicado en el Hospital de Clínicas Montevideo- Uruguay, donde se tratan en equipo multidisciplinario pacientes con traumas graves de miembros con avulsiones cutáneas asociadas , mal llamados escalpes. Además de prestar atención a pacientes con quemaduras graves que ponen en riesgo su vida, quemaduras de vía aérea, quemaduras profundas con un 5-10% de superficie corporal total , quemaduras eléctricas con repercusión orgánica o funcional, y portadores de patologías dermatológicas severas. El centro se creó en el año 1995 a iniciativa del Profesor. Dr Juan J. Hornblas , siendo un modelo para la región , ya que muchos países de la región no cuentan con la asistencia universal asegurada para los pacientes con quemaduras graves.

Se definen estos traumas graves con avulsiones asociadas como soluciones de continuidad con arrancamiento de planos cobertura a modo de colgajos traumáticos, que persisten unido al resto de la piel por un pedículo. En su análisis es de relevancia la composición del mismo, pudiendo ser la avulsión a nivel del tejido adiposo, de la fascia y músculo generando colgajos traumáticos dermograsos o fascio-cutáneos o fascio-mio-cutáneos.

Las lesiones traumáticas que producen importante compromiso de partes blandas generalmente se asocian con fracturas e incluso lesiones vasculares y nerviosas. Además suelen ser pacientes con traumatismos asociados que pueden sufrir complicaciones como shock o infección. Esto muchas veces pone en riesgo la vida del mismo, dejando secuelas y prolongando la estadía hospitala-

ria. El manejo correcto de estos pacientes recibiendo tratamiento de forma oportuna descende la tasa de complicaciones (2) requiriendo generalmente un abordaje multidisciplinario, que incluye :médico intensivista, traumatólogo ,cirujano vascular y cirujano plástico.

Los determinantes más importantes para los resultados de estas lesiones son la extensión de la lesión de partes blandas y el grado de contaminación. Los objetivos principales en este tipo de heridas son : la revisión quirúrgica seriada con resección de todos los elementos desvitalizados , pudiendo llegar a la amputación del miembro , por otra parte el cierre precoz de la herida mediante la cobertura con colgajos o injertos. El retraso en el mismo aumenta considerablemente la tasa de infección, mayor morbilidad en el paciente y aumentando la estadía hospitalaria (3).

Muchas veces estas lesiones asocian fracturas lo que eleva la tasa de complicaciones dentro de ellas: síndrome compartimental, mal unión, no unión, osteomielitis y amputaciones. Siendo las de tibia las más frecuentes (4).

La clasificación de Gustilo- Anderson proporciona un sistema de definición manejable de la gravedad de las fracturas abiertas, reconoce la diferencia entre los traumatismos de baja y alta energía y el grado de compromiso de partes blandas. Siendo las tipo I herida menor de 1 cm y sin gran contaminación. Tipo II herida mayor de 1 cm, sin extensa lesión de partes blandas ni colgajos, tipo IIIa amplia lesión de partes blandas con colgajo que cubre la fractura, la IIIb tiene una pérdida amplia de las partes blandas, con despegamiento del periostio y exposición del hueso. La IIIc es un traumatismo de gran energía cinética sobre la pierna, con grave lesión ósea y de partes blandas, asociada a lesión arterial (5).

El objetivo de nuestro trabajo es describir las características de las lesiones tipo degloving de partes blandas que ingresaron en el Centro Nacional de Quemados del Hospital de Clínicas Montevideo-Uruguay en el período de tiempo enero 2004- a enero 2022.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo con recolección de datos retrospectiva. La población estuvo constituida por todos los pacientes con heridas graves de miembros ingresados al Centro Nacional de Quemados (CENAQUE) en el período de enero de 2004 a enero de 2022. No se aplicaron criterios de exclusión. Los datos se obtuvieron de la base de datos de CENAQUE. Las variables que se analizaron fueron sexo, edad, presencia de comorbilidades, etiología, extensión y topografía de la herida, tipo de lesión, asociación lesional, resultado del cultivo al ingreso, tiempo transcurrido desde la primera atención hasta el ingreso a CENAQUE, tiempo de internación en CENAQUE, tratamiento, aparición de complicaciones y mortalidad.

Se realizó análisis univariado y bivariado. Se eligió un intervalo de confianza del 95% y una significancia del 5% en el análisis inferencial.

Para analizar las variables categóricas, se calcularon frecuencias absolutas y relativas. Para las variables cuantitativas se calcularon media y desviación estándar. Para determinar asociación entre variables cualitativas se utilizó el test de Chi cuadrado o el test exacto de Fisher según correspondiera. Para las variables cuantitativas se utilizó el test de Student.

RESULTADOS

La población estuvo compuesta por 38 pacientes, la mitad de ellos de sexo masculino. La media de edad fue de 43,3 años con un desvío estándar (d) de 20,33. En el gráfico 1 se muestra la distribución de los casos por grupo etario. En 16 casos (42,1%) los pacientes presentaban alguna comorbilidad (en 6 casos hipertensión arterial, en 2 caso Diabetes Melitus, en 5 casos alcoholismo y en 4 tabaquismo) entre otras patologías. En 35 casos (92,1%) la causa fue un accidente de tránsito. La mayoría como peatón 57,9% y 23,7% como motociclista. En cuánto a la topografía de la lesión en 32 casos (84,2%) fue en un miembro inferior, en 3 casos fue en miembro superior, 4 casos (10,5%) comprometía otras regiones como región glútea y lumbar, 2 casos genitoperineal y 1 caso inguinal (Fig. 1). En cuánto al tipo de lesión 34 (80,4%) fueron avulsiones tipo “degloving”. En 13 casos

(34,2%) asociaban fractura expuesta, 8 casos (21,1%) presentaban compromiso músculotendinoso, 4 casos (10,5%) lesión vascular, 2 casos (5,3%) asociaban síndrome compartimental y 1 caso asociaba lesión nerviosa (tabla 1).

Con respecto al tiempo transcurrido hasta el ingreso al CENAQUE, 26 casos (68,4%) menos de 72 horas de ocurrida la lesión. En cuanto al tratamiento en 32 pacientes (84,2%) se les realizaron limpiezas quirúrgicas de forma seriada, 31 (81,6%) requirieron autoinjerto de piel (AI), 4 (10,5%) amputación del miembro y 2 (5,3%) colgajo loco-regional para cobertura del defecto. 21 pacientes (55,3%) presentaron complicaciones, de los cuáles 11 (28,9%) presentaron infección loco-regional, 7 (18,4%) infección sistémica, 6 pacientes (15,8%) fallecieron, y además se vieron otras complicaciones aisladas como isquemia del miembro, trombosis venosa profunda y complicaciones en la internación como delirium.

Con respecto a la extensión lesional, la media fue de 12,99% de superficie corporal total comprometida, con un desvío estándar de 6,6. El tiempo de internación la media fue 40,6 días con un desvío estándar de 28,8.

Del relevo bacteriológico realizado al ingreso del paciente al CENAQUE, 25 pacientes (65,8%) presentaron cultivos positivos, 10 desarrollaron germen Gram negativos como *Acinetobacter*, 4 a *Enterococcus* y 3 a *Pseudomona*. También hubo pacientes con *Staphylococcus aureus* meticilino resistente, *Escherichia Coli*, *Serratia*, bacilos gram- y *Candida Albicans*.

Del análisis estadístico de los datos, no obtuvimos diferencia estadísticamente significativa en cuanto a edad, extensión de la lesión, tiempo transcurrido hasta el ingreso al CENAQUE y tiempo de internación entre fallecidos y no fallecidos.

Tampoco hubo diferencia estadísticamente significativa entre pacientes que presentaron complicaciones y no presentaron asociando las mismas variables.

El tiempo de internación fue significativamente mayor en los que presentaron infección loco-regional como complicación ($p=0,032$).

No hubo diferencias para estos dos grupos (infección vs no infección) para las variables edad, extensión lesional y tiempo que tardaron en ingresar a CENAQUE. Se encontró asociación entre infección sistémica y muerte ($p=0,000$). Y se vio que los que presentaban cultivo positivo para gérmenes a nivel de la herida el tiempo que transcurrió hasta el ingreso fue mayor a 24 horas ($p=0,017$). Se demostró asociación entre infección loco-regional como complicación y edad mayor a 60 años ($p=0,037$). No siendo significativa la asociación entre esta variable y muerte ($p=0,310$).

Tampoco se demostró asociación entre extensión lesional vs muerte u otras complicaciones, comorbilidades vs complicaciones y muerte.

Los pacientes que presentaban fracturas expuestas presentaban más complicaciones ($p=0,009$).

DISCUSIÓN

Este es el primer estudio sobre lesiones graves de miembros que ingresan al CENAQUE en Montevideo-Uruguay. Nos permitió conocer en un amplio período de tiempo (2004-2022) la cantidad de ingresos que hubo, comorbilidades del paciente, el mecanismo traumático de la lesión, la superficie corporal que comprometía, las complicaciones que presentaron y el tratamiento que se les realizó.

La mayoría de la literatura encontrada sobre lesiones graves de miembros se basa principalmente en reporte de casos donde informan mecanismo traumático de la lesión y topografía de la misma. Estudio en Sudáfrica realizado por Hudson reportó 16 casos con lesiones tipo "degloving" en un período de un año (6). Otro estudio realizado en Pakistán por Khan reportó 50 casos en un período de 50 años siendo su mayoría por siniestro de tránsito (7). En nuestro estudio hubo un total de 38 ingresos en 18 años. De los cuales la mitad eran de sexo masculino con un promedio de 43 años de edad, lo cuál coincide con los estudios mencionados. La mayoría de los pacientes la causa había sido siniestro de tránsito, en su mayoría peatones embestidos-arrollados, o conductores de motocicleta lo cuál coincide con otros estudios (8-11).

Las lesiones de tejidos blandos tipo “degloving” suelen estar caracterizadas por avulsiones o desprendimiento de la piel, y tejido subcutáneo con separación de la fascia y ruptura de vasos perforantes. (10) Hay dos mecanismos para producir estas lesiones. Por un lado cuando la rueda del vehículo se mantiene girando en la misma dirección se produce avulsión cerrada y lesión en el lado opuesto. Cuando la rueda tiende a frenar hay mayor tendencia a que la extremidad sea empujada delante de la misma produciendo atrición y arrancamiento de los planos de cobertura (12) (Fig. 4). Los colgajos de piel avulsionados pueden evolucionar a la necrosis, cuando no se realiza la resección de estos tejidos desvitalizados de forma temprana y la posterior cobertura de elementos nobles expuestos frecuentemente se produce infección loco-regional como complicación (9).

Con respecto a la infección como complicación se encontró en este estudio una elevada frecuencia, con un 29% de infecciones locoregionales, lo que no coincide con otras series, como la de Hakim et al. que encontraron un 3,9% de complicaciones infecciosas (8).

El 10,7% de los casos requirieron amputación. En otros trabajos, el porcentaje fue de 3,6 (5).

Aunque pueden ocurrir en cualquier parte del cuerpo, los sitios principales son las extremidades inferiores, miembros superiores, tronco, cuero cabelludo y cara. En nuestro estudio vimos que la topografía más frecuente era a nivel de un miembro inferior al igual que lo visto en otros estudios (9–11).

El presente estudio encontró una mortalidad de 15,8%, superior a la observada en otras series, como la de Hakim que presentó un 9% (8). El promedio de estadía hospitalaria fue de 40,6 días, mayor a lo encontrado en otros estudios como el de Shaoshuo Yu, estudió con una gran serie de caso que presentó un promedio de 22,02 días (13).

Se encontró asociación entre las complicaciones infecciosas y el tiempo de internación y la mortalidad, en línea con el trabajo realizado en 2021 por Mutiso et al (14).

CONCLUSIONES DEL AUTOR

Las lesiones graves de miembros inferiores se han presentado con elevada tasa de mortalidad y de complicaciones infecciosas. Estas complicaciones se asociaron con un mayor tiempo de internación. Las complicaciones infecciosas a su vez se asociaron con la mortalidad, igual que la extensión lesional. El tiempo hasta el ingreso se correlacionó con cultivos positivos al ingreso, probablemente porque son pacientes con heridas graves que ya presentaban internación en otros centros de cuidados intensivos. La ocurrencia de fractura expuesta se asoció a un aumento de las complicaciones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. **Unidad Nacional de Seguridad Vial. Presidencia de la República Oriental del Uruguay.** Segundo Informe de Gestión y Estadística de Seguridad Vial [Internet]. 2021. Available from: [https://www.gub.uy/unidad-nacional-seguridad-vial/sites/unidad-nacional-seguridad-vial/files/2022-05/2021_Segundo Informe de Gestión y Estadística de Seguridad Vial.pdf](https://www.gub.uy/unidad-nacional-seguridad-vial/sites/unidad-nacional-seguridad-vial/files/2022-05/2021_Segundo%20Informe%20de%20Gesti%C3%B3n%20y%20Estad%C3%ADstica%20de%20Seguridad%20Vial.pdf)
2. **Haddock NT, Weichman KE, Reformat DD, Kligman BE, Levine JP, Saadeh PB.** Lower Extremity Arterial Injury Patterns and Reconstructive Outcomes in Patients with Severe Lower Extremity Trauma: A 26-Year Review. *J Am Coll Surg* [Internet]. 2010;210(1):66–72. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2009.09.040>
3. **Parrett BM, Matros E, Pribaz JJ, Orgill DP.** Lower extremity trauma: Trends in the management of soft-tissue reconstruction of open tibia-fibula fractures. *Plast Reconstr Surg.* 2006;117(4):1315–22.
4. **D’alleyrand JCG, Manson TT, Dancy L, Castillo RC, Bertumen JBH, Meskey T, et al.** Is time to flap coverage of open tibial fractures an independent predictor of flap-related complications? *J Orthop Trauma.* 2014;28(5):288–93.
5. **Tampe U, Weiss RJ, Stark B, Sommar P, Al Dabbagh Z, Jansson KA.** Lower extremity soft tissue reconstruction and amputation rates in patients with open tibial fractures in Sweden during 1998-2010. *BMC Surg.* 2014;14(1):1–7.
6. **Hudson D, Knottenbelt J, Krige J.** Closed degloving injuries: results following conservative surgery. *Plast Reconstr Surg.* 1992;89(5).
7. **Khan A, Tahmeedullah O.** Degloving injuries of the lower limb. *J Coll Physicians Surg Pak.* 2004;14(7):416–8.
8. **Hakim S, Ahmed K, El-Menyar A, Jabbour G, Peralta R, Nabir S, et al.** Patterns and management of degloving injuries: A single national level 1 trauma center experience. *World J Emerg Surg* [Internet]. 2016;11(1):1. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s13017-016-0093-2>
9. **Yan H, Gao W, Li Z, Wang C, Liu S, Zhang F, et al.** The management of degloving injury of lower extremities: Technical refinement and classification. *J Trauma Acute Care Surg.* 2013;74(2):604–10.
10. **Morris M, Schreiber MA, Ham B.** Novel management of closed degloving injuries. *J Trauma - Inj Infect Crit Care.* 2009;67(4):121–3.
11. **Antoniou D, Kyriakidis A, Zaharopoulos A, Moskoklaidis S.** Degloving injury: Report of two cases and review of the literature. *Eur J Trauma.* 2005;31(6):593–6.
12. **McGrouther DA, Sully L.** Degloving injuries of the limbs: Long-term review and management based on whole-body fluorescence. *Br J Plast Surg.* 1980;33(1):9–24.
13. **Yu S, Gan L.** An Overview of the Current Situation of Degloving Skin and Soft-Tissue Injuries in China : A Retrospective Study of the Inpatients with DSTI from 2013 to 2018. *Res Sq.* 2018.
14. **Mutiso DM, Surg MO, Maoga N, Surg MO, Ayumba BR.** Degloving injuries: patterns, treatment and early complications among patients at a teaching hospital in western kenya. *East African Orthop J.* 2021;15(2):84–90.

ANEXO

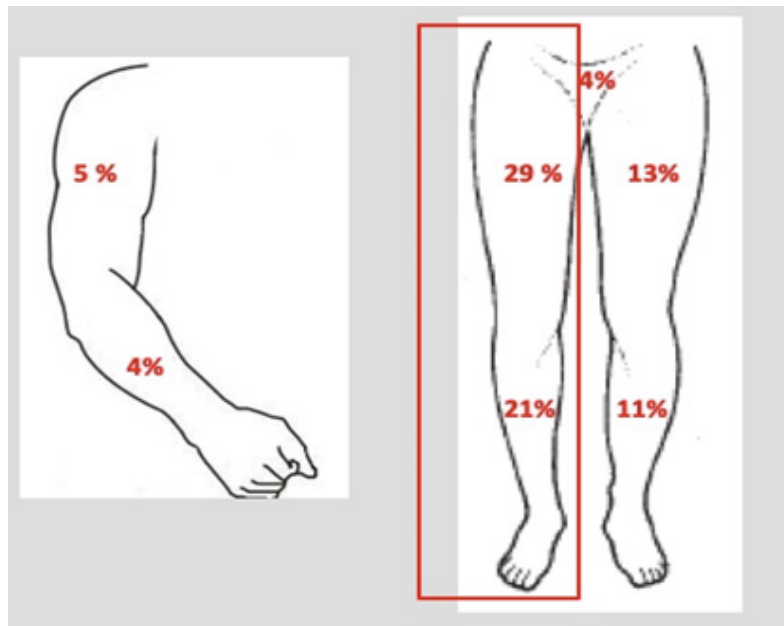


Figura 1. Topografía del degloving

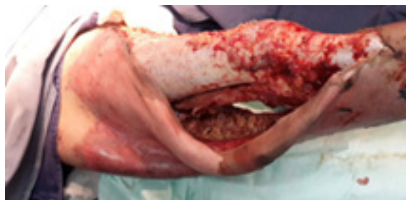


Figura 2.

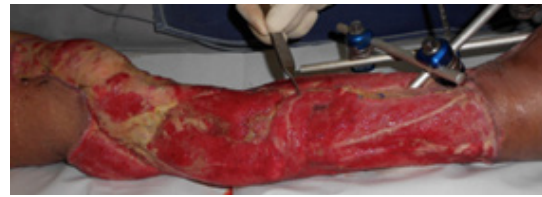


Figura 3.

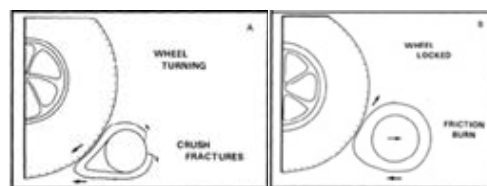


Figura 4. Mecanismo traumático

Fuente: McGrouther DA, Sully L. Degloving injuries of the limbs: Long-term review and management based on whole-body fluorescence. *Br J Plast Surg.* 1980;33(1):9–24.

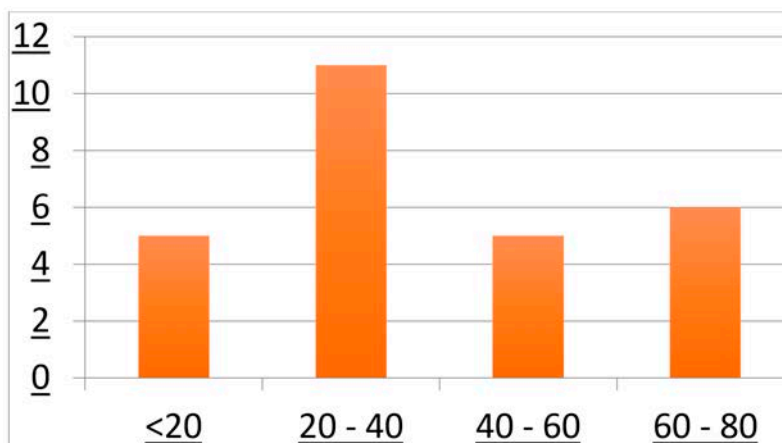


Gráfico 1. *Distribución grupos etarios*

HERIDA	Nº	Porcentaje
FRACTURA EXPUESTA	13	34,21
COMPARTIMENTAL	2	5,26
LESIÓN VASCULAR	4	10,53
LESIÓN NERVIOSA	1	2,63
LESIÓN MUSCULOTENDINOSA	8	21,05
OTRAS LESIONES GRAVES	19	50,00

Tabla 1. *Lesiones asociadas*

Citar este artículo como:

Armand, I., Gutierrez, D., Camacho, E., Jacobo, O. (2023). Daño nasal por abuso de cocaína- Reporte de caso clínico. Revista Boliviana de Cirugía Plástica, 3(10), 34–40. https://doi.org/10.54818/rbcp.vol3.n10.2023.93

ARTÍCULO CIENTÍFICO

DAÑO NASAL POR ABUSO DE COCAÍNA- REPORTE DE CASO CLÍNICO

NASAL DAMAGE COCAINE ABUSE - CASE REPORT

Dra. Ivana Armand Hugon

Residente de Cirugía Plástica Reparadora y Estética
Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela. Montevideo- Uruguay

ivanaarmandhugon@hotmail.es

Asist. Dr. Diego Gutiérrez

Asistente de Cátedra de Cirugía Plástica Reparadora y Estética
Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela. Montevideo - Uruguay

dariocirujano@yahoo.com.ar

Prof. Adj. Dr. Eliana Camacho

Cirujana Plástica Reparadora y Estética
Montevideo- Uruguay

ivanaarmandhugon@hotmail.es

Prof. Dr. Oscar Jacobo

Profesor Titular. Cátedra de Cirugía Plástica Reparadora y Estética
Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela. Montevideo- Uruguay

droscajacobo@gmail.com

RESUMEN

La cocaína proviene de la hoja de coca, es una sustancia que cuando se consume por la vía inhalatoria puede producir lesiones graves a nivel nasal. Con lesiones que se inician a nivel de la mucosa, perforación septal, con pérdida del soporte a nivel de la punta nasal, retracción alar, compromiso de y retracción de ambas alas, planos de cobertura y piso de fosas nasales.

La reconstrucción es un desafío para el cirujano plástico. Abarcando un arsenal terapéutico que va desde solo confeccionar un marco cartilaginoso para soporte de la columela y dorso nasal con costilla, hasta cobertura interna y externa con colgajos más sofisticados.

Creemos que estos pacientes para su tratamiento deben presentar conocimiento de que es un camino largo que requiere muchos tiempos quirúrgicos y que en estadios avanzados la cobertura de mucosa es el mayor desafío.

Palabras clave: *Cocaína; daño nasal; reconstrucción*

ABSTRACT

Cocaine comes from the coca leaf, it is a substance that when consumed by inhalation can cause serious injuries to the nose. With lesions that start at the level of the mucosa, septal perforation, with loss of support at the level of the nasal tip, alar retraction, compromise and retraction of both wings, coverage planes, and floor of the nostrils.

Reconstruction is a challenge for the plastic surgeon. A therapeutic arsenal that goes from just making a cartilaginous framework to support the columella and nasal dorsum with rib, to internal and external coverage with more sophisticated flaps.

We believe that in order to treat these patients, they must be aware that it is a long road that requires many surgical times and that in advanced stages mucosal coverage is the greatest challenge.

Keywords: *Cocaine; nasal damage; reconstruction*

INTRODUCCIÓN

La cocaína es un alcaloide que se obtiene de la hoja de coca, planta originaria de Sudamérica, de la que existen 200 variedades. Solo 4 de ellas producen dicho alcaloide. A través de una de ellas (*Erythroxylum coca*), Niemann en 1860 obtuvo por primera vez cocaína pura. Esta planta se cultiva en alturas de entre 600 y 1.000 metros. Los principales países de cultivo son Colombia, Perú, Bolivia e Indonesia. Los habitantes de los Andes consumían hojas de coca desde tiempo inmemorial buscando su efecto estimulante y euforizante.

El consumo de clorhidrato y pasta base de cocaína en Uruguay tienen una prevalencia de vida del 6,9% y 0,7% respectivamente (1). Las complicaciones tóxicas secundarias al consumo dependen de la concentración del alcaloide así como de la presencia de adulterantes (2).

Los primeros arbustos fueron llevados de Sudamérica a Europa hacia 1750. En 1863 Schroff informa del efecto anestésico de la cocaína en la lengua. Hacia 1879 se comienza a utilizar para tratar la dependencia a la morfina.

En 1884 Koller la emplea como anestésico local en oftalmología, y Freud estudia sus efectos psicológicos. En 1912 Owens publica por primera vez un caso clínico de daño nasal por abuso de cocaína.

Esta droga puede ser consumida por vía inhalatoria en forma de polvo, de vapor, de cigarrillo o intravenosa. Cuando es consumida de forma inhalatoria puede producir en tiempo variable gran daño a nivel nasal.

La cocaína inhibe la recaptación de catecolaminas, ocasionando inicialmente daño a nivel de la mucosa nasal por la vasoconstricción que se produce con la consiguiente isquemia, sumándole el trauma local por el consumo y la irritación química por los adulterantes. La lesión inicial de la mucosa deja expuesto el cartílago septal, con dificultad para su cicatrización dado que el paciente no cesa el consumo, generándose un ambiente propicio para la infección lo que finalmente resulta en la perforación septal y pérdida del soporte nasal (3).

El objetivo de este trabajo es describir las diferentes opciones de tratamiento existentes para este tipo de lesiones que van a depender del grado de destrucción nasal por el abuso de cocaína, basándonos en la bibliografía actual.

Describiremos también resultados y complicaciones que se puedan presentar en el abordaje de estos pacientes mediante la experiencia de un caso tratado por el autor en la Cátedra de Cirugía Plástica Reparadora y Estética del Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela en Montevideo Uruguay.

CASO CLÍNICO

Se trata de una paciente de 27 años, sin patologías crónicas. Que abandonó el consumo de cocaína hace 2 años y que se presentaba en la consulta con deseos de reconstrucción nasal.

Al examen físico presentaba una deformidad a nivel nasal, con pérdida de proyección de la punta, retracción de ambas alas nasal pero sin compromiso de los planos de cobertura a nivel de las mismas. A nivel de la base de la columela presentaba pérdida total de la misma. En el examen físico intranasal se observó tejido cicatrizal en la mucosa de ambas alas nasales y ausencia de septum cartilaginoso (Fig. 1).



Figura 1. Topografía del degloving

Se le solicitó tomografía computada para continuar valoración donde se confirmó falta del cartílago septal, preservación del septum óseo, no presentando comunicación con la cavidad oral.

Luego de analizar a esta paciente se planificó su reconstrucción en varias etapas.

En el primer acto quirúrgico se colocó un expansor a nivel de frente y cuero cabelludo en el sitio donde se iba a diseñar posteriormente el colgajo frontal paramediano. En el segundo tiempo se procedió a realizar abordaje en ambas alas nasales por incisiones marginales a nivel del reborde alar y de la columela, se retiró tejido cicatrizal y se logró expansión parcial de las mismas.

Se obtuvo injerto de cartílago costal y se confeccionó un marco en forma de L, para dar soporte a la columela y al dorso nasal (Fig. 2).



Figura 2. Topografía del degloving

Posteriormente se realizó un colgajo frontal paramediano musculocutáneo y se cubrió columela y ambas alas nasales, dando cobertura también a la mucosa. A nivel de ambas alas nasales se dio soporte con injerto cartilaginoso de concha auricular.

En el tercer tiempo quirúrgico esperábamos realizar la división del pedículo del colgajo, pero nos encontramos con que el ala nasal izquierda se había retraído a nivel de la mucosa (Fig. 3.1), por lo que volvimos a abordarla, colocamos injerto de cartílago costal que había sido guardado y dimos aporte de planos de cobertura con el mismo colgajo frontal paramediano. Se logró buen soporte y cobertura adecuada en la columela.



Figura 3.1. *Topografía del degloving*

En el cuarto tiempo quirúrgico se realizó la división del pedículo sin complicaciones(Fig. 3.2).



Figura 3.2. *Topografía del degloving*

En la evolución, la paciente presentó retracción a nivel del ala nasal izquierda y una pequeña dehiscencia a nivel de la columela por lo que se planificó un quinto tiempo quirúrgico. En este último se volvieron a abordar ambas alas nasales, ya que la izquierda también estaba retraída en menor medida, se colocó injerto de cartílago costal en el ala derecha y se confeccionó un colgajo de surco nasogeneano a pedículo proximal de transposición para cobertura de mucosa y de parte del reborde alar (Fig. 4).



Figura 4. *Topografía del degloving*

En el sector interno del ala izquierda luego de ser liberada quedo un área cruenta a nivel de la mucosa que se le dio cobertura con injerto de piel total. Se corrigió dehiscencia de columela.

RESULTADOS

La paciente presentó una buena evolución, sin complicaciones postoperatorias. Se logró una proyección adecuada de la punta nasal, sin retracción alar y funcionalmete buena entrada de aire. A 1 mes de la última cirugía presenta una asimetría a nivel de la base alar derecha pendiente de corregir, correspondiente a la división del colgajo realizado (Fig. 5).



Figura 5.

DISCUSIÓN

La cocaína inhibe la recaptación de catecolaminas (dopamina y norepinefrina), ocasionando un efecto pernicioso sobre la mucosa del tabique nasal por la vasoconstricción severa que se produce. A esto se le suma el trauma local repetido por la inhalación del polvo, y la irritación química por los adulterantes que se encuentran en su tráfico ilegal (manitol, lactosa, dextrosa, quinina, talco, procaína) Estos mecanismos van a perpetuar el proceso isquémico, dificultando la cicatrización, y constituyendo un campo idóneo para la sobreinfección. Ante un abuso reiterado, puede aparecer necrosis de la mucosa, cartilaginosa y finalmente ósea (4).

El daño de la mucosa se inicia en el tabique nasal, quedando expuesto el septum cartilaginoso, la infección en este sitio lleva a la perforación del mismo.

Frederick J. Menick, publica en un trabajo las diferentes etapas por las que pasan estos pacientes y las opciones de reconstrucción dependiendo de lo avanzado que esté el daño nasal (5).

Cuando los pacientes se encuentran en un estadio inicial, con fístula septal aislada no está indicada su reparación. Luego agregan colapso del dorso nasal y retrusión del labio superior por pérdida del soporte septal, en estos casos está recomendado realizar soporte al dorso y a la punta con un injerto onlay y un strut a nivel de la columela por técnica abierta. Los cartílagos alares se avanzan al strut de la columela (6).

En el siguiente estadio los pacientes agregan contractura cicatrizal severa a nivel de la mucosa, la nariz presenta acortamiento, con pérdida de proyección de la punta, columela y alas nasales retraídas y labio superior retruido. Los planos de cobertura de ambas alas nasales no presentan tejido cicatrizal pero no se pueden expandir ante la manipulación (5,6). Injertos compuestos, colgajos de mucosa o colgajos libres pueden ser utilizados dependiendo del sitio y la pérdida de mucosa además del soporte cartilaginoso.

Cuando se agrega destrucción externa de la piel o la misma está ausente debe ser restaurada con un colgajo frontal paramediano además del soporte cartilaginoso con costilla.

Colgajos de surco nasogeniano pueden dar buena cobertura externa pero no son suficientes para cobertura del piso de las fosas nasales en casos de estadios avanzados. En el caso clínico analizado fue utilizado este colgajo en el último tiempo quirúrgico para dar cobertura al ala nasal que había sufrido retracción(7).

En varias publicaciones está recomendado el colgajo chino libre para cobertura de mucosa y del piso de las fosas nasales (8), ya que el colgajo frontal paramediano no sería suficiente para este

tipo de cobertura. Burget G recomienda pre-laminarlo en un tiempo previo a nivel del antebrazo (9)(10).

Analizar de forma cuidadosa la severidad de lesión y deformidad que presentan estos pacientes, la anatomía, los requerimientos funcionales y los objetivos estéticos le permiten al cirujano formular un plan reconstructivo. De esta forma aumentan las chances de éxito en el tratamiento.

CONCLUSIONES

El consumo de cocaína produce a nivel nasal lesiones muy severas. Estos pacientes suelen consultar de forma tardía presentándose con compromiso severo, grandes contracturas cicatrizales a nivel de la mucosa nasal, pérdida del soporte cartilaginoso a nivel del septum y la columela y en estadios más avanzados contractura severa de planos de cobertura y del piso de las fosas nasales (11). Requieren para su tratamiento múltiples tiempos quirúrgicos, en el que se destaca la importancia de que el paciente haya abandonado el consumo, esté comprometido a adherirse al tratamiento y a pasar por múltiples etapas reconstructivas para alcanzar un buen resultado.

El daño en este tipo de lesiones comienza a nivel de la mucosa, destacando la importancia de realizar la resección de todo el tejido cicatrizal a dicho nivel. En el caso clínico tratado por el autor el principal inconveniente fue la retracción parcial que volvieron a sufrir ambas alas nasales, no presentando ninguna complicación a nivel del soporte cartilaginoso reconstruido. Creemos que esto pudo haber sucedido por la cobertura deficiente que se le dio a la mucosa en los primeros tiempos quirúrgicos, siendo esta reconstrucción la más desafiante para el cirujano. En muchos casos de compromiso severo de la misma como única opción la bibliografía recomienda realizar la cobertura de la misma con colgajos microquirúrgicos como el colgajo chino.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. **Uruguay. Junta Nacional de Drogas.** VI encuesta nacional en hogares sobre consumo de drogas: datos preliminares. Montevideo: Junta Nacional de Drogas, 2015. Disponible en: http://www.infodrogas.gub.uy/images/stories/pdf/vi_encuesta_hogares_2015.pdf [Consulta: 7 junio 2016].
2. **Pascale A, Hynes M, Cumsille F, Bares C.** Consumo de pasta base de cocaína en América del Sur: revisión de los aspectos epidemiológicos y médico-toxicológicos. Washington, DC: OEA, 2014. Disponible en: <http://www.cicad.oas.org/oid/pubs/pbc.pdf>. [Consulta: 13 setiembre 2016].
3. **Becker G.** Midline granuloma due to illicit cocaine use. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 1988;114:90.
4. **MESSINGER E.** Narcotic septal perforations due to drug addiction. *JAMA.* 1962 Mar 24;179:964-5. doi: 10.1001/jama.1962.03050120000013. PMID: 14472982.
5. **Menick FJ, Salibian A.** Primary intranasal lining injury cause, deformities, and treatment plan. *Plast Reconstr Surg.* 2014 Nov;134(5):1045-1056. doi: 10.1097/PRS.0000000000000694. PMID: 25347637.
6. **Daniel RK.** Rhinoplasty: Septal saddle nose deformity and composite reconstruction. *Plast Reconstr Surg.* 2007;119:1029–1943.
7. **Sheen J, Sheen A.** *Aesthetic Rhinoplasty.* Vol. 1 and 2, 2nd ed. St. Louis: Mosby; 1987.
8. **Menick FJ, Salibian A.** Microvascular repair of heminasal, subtotal, and total nasal defects with a folded radial forearm flap and a full-thickness forehead flap. *Plast Reconstr Surg.* 2011;127:637–651.
9. **Walton RL, Burget GC, Beahm EK.** Microsurgical reconstruction of the nasal lining. *Plast Reconstr Surg.* 2005 Jun;115(7):1813-29. doi: 10.1097/01.prs.0000164683.34767.2f. PMID: 15923823.
10. **Burget G, Walton R.** Optimal use of microvascular free flaps, cartilage grafts, and a paramedian forehead flap for the aesthetic reconstruction of the nose and adjacent facial units. *Plast Reconstr Surg.* 2007;120:1171–1207; discussion 1208–1216.
11. **Braverman I, Raviv E, Frenkiel S.** Severe avascular necrosis of the nasal chambers secondary to cocaine abuse. *J Otolaryngol.* 1999;28:351–353.

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 secuelares 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.

Citar este artículo como:

Pacheco, J. (2023). Reglamento de preparación de los artículos. Revista Boliviana de Cirugía Plástica, 3(10), 51-53.

NORMAS EDITORIALES

REGLAMENTO DE PREPARACIÓN DE LOS ARTÍCULOS

Es el órgano oficial de difusión de la Sociedad Boliviana de Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva, asociación Civil. La solicitud de publicación de trabajos deberá dirigirse a Comité Editorial, Dr. Javier Pacheco, Equipetrol, calle 9, número 34, teléfonos: 591 3402688, celular 591 78423623, correo electrónico: info@revista.org, rbcp@revistabolivianacirplastica.com

CONSIDERACIONES GENERALES

Las decisiones relativas a la edición, revisión, aceptación o rechazos de los manuscritos serán tomadas por el Comité de Redacción en función de las recomendaciones realizadas por los revisores correspondientes. El Comité de Redacción tiene potestad para abreviar el artículo, reducir el número de ilustraciones o tablas o formato. Los trabajos pueden ir acompañados por uno o más comentarios de colegas invitados si el Comité de Redacción así lo considerara. En cualquiera de los casos se le comunicara al autor para su aceptación. Los artículos publicados pertenecen a la Sociedad Boliviana de Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva, y solo pueden ser reproducidos total o parcialmente en otras publicaciones con expreso consentimiento.

PREPARACIÓN DE MANUSCRITOS

Los trabajos se presentarán tipados a doble espacio, incluyendo leyendas de figuras, bibliografías y tablas, en papel DIN A4, en una sola cara. Se dejará un margen superior, inferior, derecho e izquierdo de 3 cm. Todos los trabajos se enviarán en español, con resumen en español e inglés, con dos copias. Se acompañará un disco magnético de 3'5 HD, con el texto procesado en Microsoft Word, etiquetado con el título de artículo y los nombres de los autores. Las ilustraciones no se incluirán en el disco. Se incluirá una foto reciente en color del primer autor (opcional).

PÁGINA INICIAL

- Título completo del trabajo.
- Lista de los autores, incluyendo nombre, apellidos y grado académico.
- Procedencia/centro de trabajo de los autores.
- Nombre y dirección del autor con el que se establecerá la correspondencia.
- Pie de página indicando posibles subvenciones o ayudas recibidas para la realización del trabajo.

RESUMEN DEL TRABAJO

Aparecerá en la segunda página se podrá estructurar en secciones y contendrá entre 500 y 600 palabras. En el resumen no deben aparecer siglas, abreviaturas ni referencias bibliográficas. Al final del resumen se incluirá no más de tres “palabras claves” utilizando la lista del Medical Subject

Headings del índice Medicus. Cuerpo del trabajo se debe ajustar a las normas ortográficas y sintácticas de los idiomas español e inglés. El contenido debe ser claro, conciso, coherente y lógico. Se debe evitar el empleo de abreviaturas o siglas a no ser que sean de uso muy común. En este caso la primera vez que aparezcan deberán colocarse en paréntesis y el término al que se refiere se escribirá por completo. Ejemplo: carcinoma basocelular (CBC).

Las citas bibliográficas se incluirán en el texto numeradas en orden de aparición. El texto debe comprender los siguientes apartados:

Introducción

A. En ella se establecen las bases del conocimiento y el propósito del trabajo. Se incluirán solo las referencias bibliográficas indispensables. **B.** Material y métodos. Se describirá con detalle el material (pacientes o animales de experimentación), incluyendo criterios de exclusión e inclusión. Asimismo, se explicarán detalladamente los métodos y técnica empleados en el desarrollo del trabajo. La metodología estadística utilizada también se detallará, incluyendo sistemas informáticos y programas de tratamiento de datos y estadísticas. **C.** Resultado. Los datos cuantitativos se deberán incluir en tablas o gráficos para evitar sobrecargar el texto y se numerarán por orden de citación en el texto, debiendo numerarse independientemente las Tablas de los Gráficos. **D.** Discusión. En ella se comentan los hallazgos propios y se comparan los resultados obtenidos por otros autores. **E.** Conclusión. Debe ser concisa. **F.** Agradecimiento. Se citará el nombre de personas o instituciones que hayan colaborado en ciertos aspectos del trabajo: revisión, análisis estadísticos, traducción, etc.

Bibliografía

Las referencias bibliográficas irán numeradas siguiendo el orden de aparición en el texto y serán exclusivas del tema central de la publicación. El estilo de la referencia será la siguiente:-

Artículos de revistas: Letterman GL, Schurter H: corrección quirúrgica de la ginecomastia. Am J Surg 35:322, 1969. - **Libros:** Bostwick III. “plastic and reconstructive breast surgery. Vol 1”. St. Louis: Quality Medical Publishing, inc. 1990. Pp. 215-227.- **Capítulos de libros:** Dellon AL. “Radical sensory nerve entrapment” En: Operative nerve repair and reconstruction. Vol. II. editor: Richard H Geelberman. Ed. JB Lippincott Company, Philadelphia, 1991. pp. 1039-1051.- **Artículos de revistas de publicación en formato electrónico:** además de los datos ya señalados, se indicará la dirección electrónica de la revista.

Recomendamos que cuando el número de autores del artículo citado sea superior a 3, los 3 primeros se citen de la forma indicada y se añada “ y col.” para resumir a los demás.

Recomendamos que el número total de citas bibliográficas en un artículo original no sea superior a 20 y entre 10-12 si se trata de un caso clínico o revisión. El Comité Editorial de la Revista se reserva el derecho de solicitar a los autores la reducción del número de citas cuando se considere que no aportan información relevante, están repetidas o incluidas en otras citaciones previas.

Ilustraciones

Pueden ser fotografías, tablas, gráficos o dibujos. Se enviarán siempre independientemente del texto (no incluirlas en el archivo word).

Las fotografías serán remitidas en color y publicadas sin ningún costo adicional para el autor. Formato digital JPG, resolución de 300 ppp, bien contrastadas, enfocadas y no retocadas.

Las que correspondan al “antes” y al “después” deben ser tomadas en la misma posición, distancia y luminosidad. En las microfotografías se incluirá una barra de escala. En las imágenes preoperatorias se indicará la edad y el sexo del paciente y la técnica quirúrgica empleada; en los intraoperatorios detalles de la técnica y momento de la cirugía y en las postoperatorias, tiempo tras la cirugía al que están tomadas. Cuando se incluyan imágenes microscópicas o de Anatomía Patológica debe indicarse siempre: tipo de microscopía empleada, tinción y aumento al que está tomada la foto. Cuando se trate de imágenes de técnicas diagnósticas debe indicarse tipo de aparatología empleada, uso o no de contraste y corte o posición en la que está tomada la imagen.

Todas las figuras, sean del tipo que sean, deben estar identificadas por su correspondiente número de acuerdo con el orden de aparición en el texto y tendrán su texto explicativo en el apartado final de Leyenda de tablas y figuras.

Dibujos

Deberán ser realizados preferentemente por profesionales, en color y se enviarán en formato digital igual que las fotos.

Deben estar identificados por su correspondiente número de acuerdo con el orden de aparición en el texto y tendrán su explicación en el apartado final de Leyenda de tablas y figuras.

Tablas y gráficos

Seguirán las siguientes normas:

Tablas: se presentarán sin sombreado e identificadas en la parte superior por su número correspondiente en marcación romana (Ej.: Tabla I) y su título en negrita. Si se considera necesario, se puede añadir un comentario a la tabla tras el título.

Gráficos: en diferentes colores y tramas identificadas en la parte superior por su número correspondiente en marcación ordinaria (Ej.: Gráfico 1) y su título en negrita. También se podrá incluir un comentario.

Foto primer autor

Debe enviarse siempre una foto reciente en color, formato digital JPG.

Fotos para publicar en la revista

Las fotos para publicar en la revista deben reunir las siguientes características:

Cámara digital: si están tomadas con una cámara digital, la resolución es de 72dpi es suficiente. Deben guardarse en formato tif, eps o jpg. Preferentemente en photoshop en modo CMYK.

Escaneadas: si están escaneadas, deben tener una resolución de 300dpi en los mismos formatos.

Blanco y negro: en caso que las fotos sean en blanco y negro deberán tener también una resolución de 300dpi.

NABOTA[®]

Toxina Botulínica Tipo A • Prabotulinumtoxin A



98.7%
de pureza

PUREZA GARANTIZADA
EFICACIA COMPROBADA





EL COMPLICE DE LA ETERNA JUVENTUD

NOVETAFIL 
Natural Beauty

TOXSTA

BOTULINUM TOXIN TYPE A




CEPA ORIGINAL
DEL INSTITUTO
NACIONAL EUROPEO


BAJO RIESGO DE
INMUNOGENICIDAD


ALTO NIVEL DE PUREZA
Y ACTIVIDAD BIOLÓGICA



Ésta es una publicación de la Sociedad Boliviana de Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva

