

# Revista Argentina de Cirugía Plástica



REVISTA ARGENTINA DE CIRUGÍA PLÁSTICA | ENERO - MARZO DE 2021 | AÑO 27 | NÚMERO 1

## EDITORIAL

Martínez G

## VERSATILIDAD DEL COLGAJO TRIPIER

Cruz Mantilla DC y cols.

## GENITOPLASTIA FEMINIZANTE

Mackfarlane M y cols.

## RESOLUCIÓN DE HIPERTROFIA DE LABIOS MENORES MEDIANTE TÉCNICAS SIMPLES

Auvieux Arias C y cols.

## REVISTA ARGENTINA DE CIRUGÍA PLÁSTICA. ESTADÍSTICA DE PUBLICACIONES

Elena Scarafoni E, Pomerane A

## EDUCACIÓN DIGITAL EN CIRUGÍA PLÁSTICA

Porto A y cols.

## RECONSTRUCCIÓN DE DEFECTOS DE LABIO SUPERIOR CON COLGAJOS LOCALES

Merech Y y cols.

## OREJAS EN ASA. PRESENTACIÓN DE CASOS Y REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

De la Fuente B y cols.

## RECONSTRUCCIÓN DEL PENE OCULTO DEL ADULTO

Juárez Calvi R y cols.

## DR. CARLOS EMILIO SEREDAY. IN MEMORIAM

DR. JOSÉ JURI. IN MEMORIAM



**SACPER**

SOCIEDAD ARGENTINA DE CIRUGÍA  
PLÁSTICA, ESTÉTICA Y REPARADORA



PUBLICACIONES  
LATINOAMERICANAS S.R.L.



# Revista Argentina de Cirugía Plástica

COMITÉ DE REDACCIÓN AÑO 2020-2021

## Editora

• **Dra. Georgia Martínez** (*Cirujana plástica, miembro de SACPER, SCPNEA, ISAPS, ASPS. Médica de planta del Hospital de la Madre y el Niño, Formosa*)

## Coeditor

• **Dr. Marcelo MackFarlane** (*Médico de planta, División de Cirugía Plástica y Reconstructiva, Hospital D. F. Santojanni*)

## Comité Editor

• **Dra. Natalia Cotto Perroni** (*Médica de planta, instructora de la Residencia de Cirugía Plástica, Hospital Peraldo, Resistencia, Chaco*)  
• **Dr. Alejandro Cantalapiedra** (*Cirujano plástico. Asociación Médica Argentina, Universidad Católica Argentina [UCA], Universidad del Salvador [USAL]*)  
• **Dr. Ramiro Cima** (*Cirujano plástico. Miembro de SACPER, SACPERNEA e ISAPS*)

• **Dr. Daniel Melgar** (*Cirujano plástico. Miembro SACPER SACPERNEA. Ex jefe Residentes Hospital Eva Perón, Chaco*)

## Residentes

• **Dr. Esteban Elena Scafaroni** (*Residente de 3er año, Hospital de Quemados*)  
• **Dra. Macarena Vizcay** (*Residente de 3er año, Hospital Posadas, Buenos Aires*)  
• **Dra. Daniela Rocca** (*Jefa de Residentes, Hospital D.F. Santojanni, CABA*)

## Consejo Consultor Nacional

• **Dr. Joaquin Pefauré** (*Jefe de División Cirugía Plástica, Hospital D.F. Santojanni, CABA. Miembro de SACPER, SCPBA, ASPS, ASMS*)  
• **Dr. Fabián Pérez Rivera** (*Miembro de SACPER, SCPBA, Filacp, ISAPS, Icoplast, EJPS reviewer, editor board Medical Lasers Journal y Journal of Advance in Plastic Surgery Research*)

## Consejo Consultor Internacional

• **Dr. Claudio Thomas** (*Chile*) (*miembro de: Sociedad Chilena de Cirugía Plástica Reconstructiva y Estética, FILACP, ISAPS y ASPS*)  
• **Dr. Osvaldo Aquino Caballero** (*Paraguay*) (*Jefe Servicio Cirugía Plástica y Quemados del Hospital Central del Instituto de Previsión Social, Asunción. Director del Posgrado en Cirugía Plástica, Universidad Católica de Asunción. Ex-Presidente Sociedad Paraguaya de Cirugía Plástica*)  
• **Dr. Carlos Márquez Zevallos** (*Ecuador*) (*Miembro FILACP, ISAPS, SECPRE, FeLAQ, SEQUE. Miembro de Staff del Grupo Hospitalario Kennedy, Presidente Fundación Ecuatoriana de Quemaduras, ECUAQUEM. Fundador de Sociedad Ecuatoriana de Quemaduras SEQUE, Master en Servicios de la Salud.*)

## AUTORIDADES DE REGIONALES AÑO 2020-2021

### Región Buenos Aires

Ciudad Autónoma de Bs As y Provincia de Bs As

- **Presidente:** Dr. Juan José Marra
- [info@scpba.org.ar](mailto:info@scpba.org.ar)
- [www.scpba.org.ar](http://www.scpba.org.ar)

### Región La Plata

Ciudad de La Plata

- **Presidente:** Dr. Federico Álvarez
- [www.cirurgiaplasticalp.com.ar](http://www.cirurgiaplasticalp.com.ar)

### Región Mar del Plata

Ciudad de Mar del Plata

- **Presidente:** Dr. Ernesto Parellada
- [dr.parellada@gmail.com](mailto:dr.parellada@gmail.com)
- [www.cirurgiaplasticamp.com.ar](http://www.cirurgiaplasticamp.com.ar)

### Región de Cuyo

Provincias de San Juan, Mendoza y La Rioja

- **Presidente:** Dr. Cristian Suárez
- [drcristiansuarez@yahoo.com.ar](mailto:drcristiansuarez@yahoo.com.ar)

### Región Córdoba y Centro

Provincias de Córdoba, San Luis y La Pampa

- **Presidente:** Dr. Paul Nani
- [www.cirurgiaplasticacba.com.ar](http://www.cirurgiaplasticacba.com.ar)

### Región Patagónica

Provincias de Neuquén, Río Negro, Chubut, Santa Cruz y Tierra del Fuego

- **Presidente:** Dra. Myriam De Rosa
- [mickyderosa@yahoo.com.ar](mailto:mickyderosa@yahoo.com.ar)
- [www.socioplaspat.com](http://www.socioplaspat.com)

### Región Nordeste (NEA)

Provincias de Chaco, Corrientes, Formosa y Misiones

- **Presidente:** Dr. Sergio Martínez
- [sociedaddecirurgiaplasticaneaar@gmail.com](mailto:sociedaddecirurgiaplasticaneaar@gmail.com)
- [www.scpnea.com.ar](http://www.scpnea.com.ar)

### Región Noroeste (NOA)

Provincias de Tucumán, Salta, Jujuy, Catamarca y Santiago del Estero

- **Presidente:** Dr. Raúl Oscar Barbur
- [raulbarbur2004@hoymail.com](mailto:raulbarbur2004@hoymail.com)

### Región Rosario y Litoral

Rosario y Provincias de Santa Fe y Entre Ríos

- **Presidente:** Dr. Carlos Arce
- [socioplasrosalito@gmail.com](mailto:socioplasrosalito@gmail.com)
- [www.scperrl.org](http://www.scperrl.org)

### Sociedad Tucumana de Cirugía Plástica

Provincia de Tucumán

- **Presidente:** Dr. José Eduardo Ramos
- [drjoseramos@hotmail.com](mailto:drjoseramos@hotmail.com)



## FOTO DE TAPA

**Emmanuela Nadal** Enredada en mi mundo (Acrílico sobre tela), 2018

A caballo entre Palma de Mallorca y Buenos Aires, y con formación en el campo de la ciencia, he iniciado este camino con más de la mitad de mi viaje recorrido, cuando la vida me ha dado algún cachetazo, y he aprendido el valor del tiempo, la necesidad de buscar espacios, y arriesgar, disfrutando lo que siempre fue una pasión postergada.

Autodidacta en mis inicios. He estudiado dibujo y pintura, y participado en los talleres de Guadalupe Fernández Santamaría, Lupe Barceló y Paula Bladimirsky, entre otros.

En la actualidad, estoy cursando el Grado de Artes de la Universitat Oberta de Catalunya. He participado en diversas muestras colectivas, y mi obra forma parte de colecciones privadas en Argentina y en España.

Mi obra se centra en la búsqueda de un lenguaje propio mediante el uso del color, el dibujo, y técnicas de collage.

[https://www.instagram.com/emmanuelanadal\\_arte/](https://www.instagram.com/emmanuelanadal_arte/)



## Sociedad Argentina de Cirugía Plástica

REGISTRO PROPIEDAD INTELECTUAL

Expediente N° 687144. Inscripta en el Boletín de OPS/OMS.

ISSN: 0327-6945. La Revista Argentina de Cirugía Plástica es una publicación de la Sociedad Argentina de Cirugía Plástica, Estética y Reparadora.

Comité de Redacción: Dra. Georgia Martínez | [revista@sacper.org.ar](mailto:revista@sacper.org.ar)



## Producción editorial y gráfica

Publicaciones Latinoamericanas s.r.l.

Piedras 1333 2do C | (C1240ABC)

Ciudad Autónoma de Buenos Aires | Argentina

Tel/fax (5411) 4362-1600 | [info@publat.com.ar](mailto:info@publat.com.ar)

[www.publat.com.ar](http://www.publat.com.ar)

## Sumario

## Summary

---

 REVISTA ARGENTINA DE CIRUGÍA PLÁSTICA 2020;26(3):3. [HTTPS://DOI.ORG/10.32825/RACP/202101/0003-0003](https://doi.org/10.32825/RACP/202101/0003-0003)

EDITORIAL | EDITORIAL

**EDITORIAL**  
 Editorial  
 Martínez G

---

007

ARTÍCULOS POR RESIDENTES | RESIDENT ARTICLES

031

**RECONSTRUCCIÓN DE DEFECTOS DE LABIO SUPERIOR CON COLGAJOS LOCALES.**

Reconstruction of upper lip defects with local flaps.  
 Merech Y y cols.

---

ARTÍCULOS ORIGINALES | ORIGINAL ARTICLES

**VERSATILIDAD DEL COLGAJO TRIPIER**  
 Versatility of the Tripier flap  
 Cruz Mantilla DC y cols.

---

008

**OREJAS EN ASA. PRESENTACIÓN DE CASOS Y REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA**

Earpining. Presentation of cases and bibliographic review  
 De la Fuente B y cols.

---

037

**GENITOPLASTIA FEMINIZANTE EN PACIENTE TRANSGÉNERO**  
 Feminizing genitoplasty in a transgender patient  
 Mackfarlane M y cols.

---

015

CASO CLÍNICO | CASE REPORT

040

**RECONSTRUCCIÓN DEL PENE OCULTO DEL ADULTO: EXPERIENCIA EN UN MISMO CENTRO**

Adult buried penis reconstruction: a single center experience  
 Juárez Calvi R y cols.

---

**RESOLUCIÓN DE HIPERTROFIA DE LABIOS MENORES MEDIANTE TÉCNICAS SIMPLES**  
 Resolution of hypertrophy of the labia minora using simple techniques  
 Auvieux Arias C y cols.

---

021

OBITUARIOS | OBITUARY

044

**REVISTA ARGENTINA DE CIRUGÍA PLÁSTICA. ESTADÍSTICA DE PUBLICACIONES**  
 Revista Argentina de Cirugía Plástica.  
 Publication statistics  
 Elena Scarafoni E, Pomerane A

---

025

**DR. CARLOS EMILIO SEREDAY. IN MEMORIAM**  
 Pappalardo R

**DR. JOSÉ JURI. IN MEMORIAM**  
 Juri JJ

---

ARTÍCULO ESPECIAL | SPECIAL ARTICLE

**EDUCACIÓN DIGITAL EN CIRUGÍA PLÁSTICA. UNA INNOVADORA HERRAMIENTA**  
 Digital education in plastic surgery  
 Porto A y cols.

029

REGLAMENTO DE PUBLICACIONES | RULES OF PUBLICATIONS

048

# Sumario analítico

## Analytical Summary

REVISTA ARGENTINA DE CIRUGÍA PLÁSTICA 2020;26(3):4-6. [HTTPS://DOI.ORG/10.32825/RACP/202101/0004-0006](https://doi.org/10.32825/RACP/202101/0004-0006)

EDITORIAL | EDITORIAL

### EDITORIAL

Martínez G

Las personas que dejan huellas, como nuestros maestros, hacen que a diario se los recuerde, ...en algún paciente, en algún recuerdo, en algún sueño, en algún trazo de bisturí. Aunque sabemos que estamos de paso en este mundo, a veces cuesta la despedida. Sin embargo, ¿qué satisfacción trascender!! A través de la memoria de aquellos que compartieron momentos de vida!! Recuerdo que el Dr. Juri decía, que más importante que ser residente, era ser discípulo, y ese era el que permanecía al lado de su maestro aprendiendo, defendiendo y perpetuando sus enseñanzas. Él quería que se lo saludara el Día del Maestro, no el del Profesor. Él quería discípulos, y creo que lo logró. No hay cirujano plástico que haya pasado por su clínica, que no recuerde una técnica innovadora, una sonrisa, una moraleja, una anécdota, una historia. Nos enseñó una disciplina de trabajo, un estilo peculiar, y nos dejó una impronta única, una pincelada que nos distingue del resto...y lo sabemos.

ARTÍCULOS ORIGINALES | ORIGINAL ARTICLES

### VERSATILIDAD DEL COLGAJO TRIPIER EN PACIENTES CON LESIONES ONCOLÓGICAS, POSTRAUMÁTICAS Y CAUSADAS POR IATROGENIA: 34 CASOS

Cruz Mantilla DC y cols.

Este estudio demuestra la utilidad del colgajo inervado de Tripier en pacientes con diferentes etiologías, ya sean lesiones oncológicas, postraumáticas o lesiones causadas por iatrogenia. León Tripier, en 1889, describió un colgajo musculocutáneo inervado basado en el músculo orbicular, en donde utiliza un exceso de piel del párpado superior y orbicular para reconstruir los defectos del párpado inferior. Las evaluaciones preoperatorias y los procedimientos fueron realizados por un solo equipo quirúrgico en 34 pacientes, con edades comprendidas entre 18 y 72 años. El estudio se realizó en un período de 3 años, desde noviembre de 2016 a noviembre de 2019. Se pudo concluir que el colgajo musculocutáneo inervado de Tripier es una excelente alternativa para el cubrimiento de defectos que se presentan en la lamela anterior del párpado inferior. Su disección es fácil y rápida, presenta un buen aporte vascular y nervioso y es segura, lo cual es un factor importante, ya que la población de mayor demanda son pacientes de avanzada edad.

### GENITOPLASTIA FEMINIZANTE EN PACIENTE TRANSGÉNERO

Mackfarlane M y cols.

**Introducción.** La ausencia vaginal tiene un impacto devastador en paciente transgénero de hombre a mujer, por lo tanto, es primordial crear una neovagina de funcionamiento normal con satisfacción sexual, apariencia estética óptima y a su vez las características de micción femenina. Para tal objetivo existen diferentes procedimientos quirúrgicos. La genitoplastia feminizante con colgajo pene escrotal invertido cumple con las necesidades y expectativas del paciente.

**Método.** En este caso se realizó un análisis descriptivo y retrospectivo de 28 pacientes, transgénero, en los cuales se realizó genitoplastia feminizante con colgajo pene escrotal invertido, con edades entre 18 y 46 años, en un período de 2,5 años desde febrero de 2018 a agosto de 2020.

**Resultados.** La vitalidad del colgajo fue un 100% con una satisfacción sexual del 96,4%, con bajo porcentaje de complicaciones (3%) que incluyen hematoma, dehiscencia y estenosis. Estéticamente la satisfacción fue del 100%. Para muchas pacientes la genitoplastia feminizante es la etapa final de muchas mujeres transgénero en su proceso de confirmación de género.

### RESOLUCIÓN DE HIPERTROFIA DE LABIOS MENORES MEDIANTE TÉCNICAS SIMPLES

Auvieux Arias C y cols.

**Introducción.** La hipertrofia de los labios menores se define como tejido labial que sobresale más allá de los labios mayores, puede afectar de manera uni- o bilateral y resultar en dispareunia, interferencia con los deportes, dificultades con la limpieza, irritación e infecciones crónicas del tracto urinario, incomodidad para el uso de prendas ajustadas, además de trastornos psicológicos. Todos estos motivos llevan a las mujeres a la consulta. La reducción de labios menores es el procedimiento estético genital femenino más común. Este trabajo tiene como objetivo presentar técnicas de baja complejidad para resolver diferentes grados de hipertrofia de labios menores.

**Materiales y métodos.** Estudio retrospectivo, observacional que comprendió 3 pacientes entre el período de marzo del 2019 a febrero 2020 que Incluyó a pacientes con hipertrofias leves y moderadas.

**Resultados.** En 2 pacientes se realizó escisión directa y en 1, técnica del desepitelizado más lipotransferencia de labios mayores, sin evidenciar complicaciones mayores. **Discusión.** Si bien en la literatura se han reportado un gran número de técnicas quirúrgicas, cada una de ellas debe adecuarse al tipo de hipertrofia labial. La técni-

ca del desepitelizado permite conservar un borde natural, con conservación de la coloración y textura original de la paciente, aporte neurovascular, pero no es conveniente utilizarla en pacientes de grados mayores de hipertrofia. La escisión directa proporciona una técnica simple para la escisión del exceso de tejido en pacientes con mayor tamaño de sus labios menores, pero elimina el contorno, la coloración y la textura naturales del borde libre, aun así, las pacientes resultan conformes con su nuevo aspecto.

Conclusión. La reconstrucción de los labios menores, utilizando las técnicas de desepitelización y escisión directa, es confiable y da un resultado cosmético y funcional exitoso. Estas técnicas son de baja complejidad, tiempo operatorio breve, técnicamente reproducibles, dando gran conformidad y resultando un método seguro.

### REVISTA ARGENTINA DE CIRUGÍA PLÁSTICA. ESTADÍSTICA DE PUBLICACIONES DE LOS ÚLTIMOS 15 AÑOS

Elena Scarafoni E, Pomerane A

La mastectomía bilateral en pacientes transexuales de mujer a hombre es uno de los primeros procedimientos quirúrgicos y cuyos resultados son la creación de una pared torácica para el paciente trans. Su anatomía diferente y sus componentes serán reubicados y correspondidos con el de un paciente femenino. Se obtiene, entonces, un tórax estéticamente agradable en el cual la base está en la ubicación del complejo areola pezón (CAP), que será reposicionado y se cambiará de tamaño acorde al sexo reasignado. La técnica quirúrgica elegida ha sido conservando la irrigación del pedículo inferior y con conservación del CAP, el cual luego será reposicionado y modificado con respecto a su tamaño. Y en segundo tiempo su conformación final. Revisión y actualización tanto de la estética como la satisfacción del paciente trans.

---

### ARTÍCULO ESPECIAL | ESPECIAL ARTICLE

#### EDUCACIÓN DIGITAL EN CIRUGÍA PLÁSTICA. UNA INNOVADORA HERRAMIENTA

Porto A y cols.

El 11 de marzo 2020 la OMS declaró como pandemia mundial al Covid-19; ello cambió drásticamente la manera de vivir, trabajar y sociabilizarse, y la educación fue también parte de este cambio. Así, se utilizaron diferentes técnicas de aprendizaje para adaptarse drásticamente y rápidamente a los cambios venideros, por lo que programas de formación debieron reorganizarse para continuar educando de diferentes maneras, entre ellas, los webinars (WB), haciendo referencia a un curso, taller, charla, a través de Internet en un formato de vídeo. Desde hace tiempo se sabe que los WB son una aceptable modalidad de enseñanza, permitiendo al participante interactuar, participar y recibir devoluciones al instante. La autora, junto con un grupo de colegas, desarrolló Medbinars.com (MB), una innovadora página web, gratuita, que reúne eventos digitales médicos divididos en más de 20 especialidades, entre ellas Cirugía Plástica, ordenados por día y horario adaptado a cada país a través de Google calendar.

### ARTÍCULOS POR RESIDENTES | RESIDENT ARTICLES

#### RECONSTRUCCIÓN DE DEFECTOS DE LABIO SUPERIOR CON COLGAJOS LOCALES.

Merech Y y cols.

Introducción. La reconstrucción de lesiones del labio superior supone un reto para lograr conservar la función, la competencia labial y la obtención de resultado estético satisfactorio. Se estudian pacientes con lesiones malignas en labio superior y su respectivo tratamiento resectivo y reconstructivo, y se realiza revisión bibliográfica de los principios del abordaje labial y las técnicas reconstructivas con colgajos locales.

Material y métodos. Presentación de cuatro casos de pacientes con carcinoma basocelular en labio superior, en quienes se realiza resección con margen de seguridad y técnicas de reconstrucción en "V", en forma pentagonal, avance en VY, colgajo digital nasogeniano y colgajo de avance de mejilla según el defecto obtenido tras la escisión de la lesión cutánea maligna.

Resultados. Adecuada coloración y vitalidad de los colgajos, conservación de competencia labial y función de apertura y cierre bucal, cicatrices emplazadas en pliegues naturales.

Discusión. Evaluación de opciones reconstructivas para defectos de labio superior según bibliografía.

Conclusión. La reconstrucción de labio mediante las técnicas expuestas constituyen excelentes opciones para el tratamiento de defectos de hasta un tercio de longitud del labio superior, ya que conservan la competencia labial y proveen un resultado estético satisfactorio..

#### OREJAS EN ASA. PRESENTACIÓN DE CASOS Y REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

De la Fuente B y cols.

Las orejas prominentes se deben a una o varias anomalías congénitas que pueden asociarse entre sí en grados diversos. Los pabellones auriculares son considerados demasiado visibles tanto por la falta de plegamiento del antihélix, la abertura del ángulo cefaloconchal y la hipertrofia de la concha, según la clasificación de Davis. Son un problema estético frecuente, observándose en el 5% de la población. El conocimiento de la anatomía del pabellón normal y de los criterios antropométricos es indispensable. El grosor del cartílago condiciona la rigidez y la elasticidad del pabellón, mientras que sus relieves definen la forma y la posición. La finalidad en la otoplastia es corregir estas anomalías, remodelando el cartílago para obtener unas orejas con una plicatura adecuada, situadas y orientadas según parámetros estéticos, simétricas, con un tamaño y aspecto natural. Se pueden combinar distintos procedimientos quirúrgicos los cuales deben ser simples, rápidos, tener un resultado armonioso y duradero. Se realizó una revisión retrospectiva entre los años 2018 a 2020 en el Servicio de Cirugía Plástica del Hospital Tornú, en la que se presentan 4 casos de orejas prominentes a los cuales se les realizaron diferentes técnicas quirúrgicas de otoplastia (Davis, Stentstrom y Furnas). El total de los pacientes (n=4) tratados presentó un resultado satisfactorio tanto para el paciente como para el equipo quirúrgico, sin complicaciones significativas. La resolución quirúrgica de las orejas prominentes puede realizarse mediante numerosas técnicas; estas se dividen entre aquellas que realizan un procedimiento agresivo sobre el cartílago (resectivas) y las que intentan ser más conservadoras, sin resección del mismo para evitar al máximo las complicaciones. La diversidad de enfoques indica que no existe una técnica definitiva para

corregir estos problemas. Las orejas prominentes o en asa, si bien no presentan alteraciones funcionales, tienen consecuencias sobre los efectos estéticos y psicológicos en el paciente que pueden ser sustanciales. Es importante conocer su base anatómica y realizar una adecuada evaluación, elegir técnicas para la corrección de la deformidad y conocer las posibles complicaciones del procedimiento para obtener un buen resultado estético y duradero.

---

## CASO CLÍNICO | CASE REPORT

### RECONSTRUCCIÓN DEL PENE OCULTO DEL ADULTO: EXPERIENCIA EN UN MISMO CENTRO

Juárez Calvi R y cols.

**Introducción.** El pene oculto del adulto se presenta como una patología con prevalencia en ascenso, por el incremento de pacientes obesos y diabéticos. Representa un desafío para la reconstrucción en cirugía plástica y urología. El objetivo de este trabajo es describir la experiencia del Hospital Alemán de Buenos Aires en la resolución quirúrgica de esta patología.

**Métodos y resultados.** Durante el año 2019 se realizaron dos cirugías reconstructivas de pacientes con pene oculto del adulto a cargo del Servicio de Cirugía Plástica del Hospital, en conjunto con el Servicio de Urología. El procedimiento fue segmentado en tres partes: Liberación del cuerpo peniano del panículo adiposo, dermolipectomía suprapúbica, y finalmente injerto del pene con piel de espesor total. El

tiempo promedio de cirugía fue de 4 horas, sin complicaciones intraoperatorias. En ambos casos hubo prendimiento parcial del injerto, con la necesidad de tratamiento tópico con crema de colagenasa para estimular la cicatrización por segunda intención. La satisfacción funcional de los pacientes fue del 100% en ambos casos; la satisfacción estética fue incompleta. La recuperación de la erección y la función sexual fue completa para ambos.

**Conclusiones.** La reconstrucción del pene oculto del adulto implica el trabajo multidisciplinario sobre una patología con resolución quirúrgica, con buenos resultados funcionales, aunque no exento de complicaciones estéticas..

---

## OBITUARIOS | OBITUARY

### DR. CARLOS EMILIO SEREDAY. IN MEMORIAM

Pappalardo R

La partida de Carlos E. Sereday (7 de febrero de 1955 – 2 de marzo de 2021) nos llena de dolor y desasosiego. La muerte nos arrebató a uno de los más queridos compañeros, nuestro Jefe de Cirugía Plástica y Reparadora.

### DR. JOSÉ JURI. IN MEMORIAM

Juri JJ

El 18 de marzo del corriente año, el Profesor Doctor José Juri falleció a los 87 años de edad. Su mujer y compañera de vida Nora, junto a sus hijos Justo y Juan José lo despedimos con profundo pesar.

# A mi maestro Juri

To my teacher Juri

---

REVISTA ARGENTINA DE CIRUGÍA PLÁSTICA 2020;26(3):7. [HTTPS://DOI.ORG/10.32825/RACP/202101/0007-0007](https://doi.org/10.32825/RACP/202101/0007-0007)

*“Cada palabra tiene consecuencias, cada silencio también”  
El Principito - Antoine de Saint Exupéri*

Las personas que dejan huellas, como nuestros maestros, hacen que a diario se los recuerde, ...en algún paciente, en algún recuerdo, en algún sueño, en algún trazo de bisturí.

Aunque sabemos que estamos de paso en este mundo, a veces cuesta la despedida. Sin embargo, ¡¡qué satisfacción trascender!! A través de la memoria de aquellos que compartieron momentos de vida!! Recuerdo que el Dr. Juri decía, que más importante que ser residente, era ser discípulo, y ese era el que permanecía al lado de su maestro aprendiendo, defendiendo y perpetuando sus enseñanzas. Él quería que se lo saludara el Día del Maestro, no el del Profesor. Él quería discípulos, y creo que lo logró. No hay cirujano plástico que haya pasado por su clínica, que no recuerde una técnica innovadora, una sonrisa, una moraleja, una anécdota, una historia. Nos enseñó una disciplina de trabajo, un estilo peculiar, y nos dejó una impronta única, una pincelada que nos distingue del resto...y lo sabemos.

Este 2021, al igual que el año anterior, se está llevando muchas cosas, además de personas. ¡Y la vida es así... un poco de esto, y un poco de aquello, desembrollar esos mecanismos internos para poder dar, y poder recibir, y un poco de saber pedir lo que uno realmente desea, y saber decir gracias...gracias... ¡¡¡GRACIAS!!!

**Dra. Georgia Martínez**  
Editora RACP



# Versatilidad del colgajo Tripier en pacientes con lesiones oncológicas, postraumáticas y causadas por iatrogenia: 34 casos

Versatility of the Tripier flap in patients with oncological, post-traumatic and iatrogenic lesions: 34 cases

Diana C. Cruz Mantilla<sup>1</sup>, Patricia Vargas Arispe<sup>2</sup>, Marcelo Mackfarlane<sup>3</sup>, Joaquín Pefaur<sup>3</sup>

## RESUMEN

Este estudio demuestra la utilidad del colgajo innervado de Tripier en pacientes con diferentes etiologías, ya sean lesiones oncológicas, postraumáticas o lesiones causadas por iatrogenia.

León Tripier, en 1889, describió un colgajo musculocutáneo innervado basado en el músculo orbicular, en donde utiliza un exceso de piel del párpado superior y orbicular para reconstruir los defectos del párpado inferior.

Las evaluaciones preoperatorias y los procedimientos fueron realizados por un solo equipo quirúrgico en 34 pacientes, con edades comprendidas entre 18 y 72 años. El estudio se realizó en un período de 3 años, desde noviembre de 2016 a noviembre de 2019.

Se pudo concluir que el colgajo musculocutáneo innervado de Tripier es una excelente alternativa para el cubrimiento de defectos que se presentan en la lamela anterior del párpado inferior.

Su disección es fácil y rápida, presenta un buen aporte vascular y nervioso y es segura, lo cual es un factor importante, ya que la población de mayor demanda son pacientes de avanzada edad.

**Palabras claves:** colgajo Tripier, lamela anterior, tumor, párpados, reconstrucción.

## ABSTRACT

This study demonstrates the utility of the Tripier's innervated flap in patients with different etiologies, be they oncological, post-traumatic lesions or injuries caused by iatrogenesis.

León Tripier in 1889 described an innervated musculocutaneous flap, based on the orbicularis muscle, where he uses excess skin from the upper eyelid and orbicularis to reconstruct defects of the lower eyelid.

Preoperative evaluations and procedures were carried out by a single surgical team, and for this, 34 patients were taken, aged between 18 and 72 years. The study was conducted over a 3-year period from November 2016 to November 2019.

It was concluded that Tripier's innervated musculocutaneous flap is an excellent alternative for covering defects that occur in the anterior lamella of the lower eyelid.

Its dissection is easy and fast, and it also has a good vascular and nervous contribution, being safe, bearing in mind that it is an important factor, since the population in greatest demand is elderly patients.

**Key words:** Tripier flap, previous lamella, tumor, eyelids, reconstruction.

REVISTA ARGENTINA DE CIRUGÍA PLÁSTICA 2020;26(3):8-14. [HTTPS://DOI.ORG/10.32825/RACP/202101/0008-0014](https://doi.org/10.32825/RACP/202101/0008-0014)

## INTRODUCCIÓN

Para poder abordar la reconstrucción de los defectos del párpado, sea cual sea la lesión, ya sea tumoral, traumática u ocasionada por iatrogenia, el cirujano debe utilizar una técnica estándar que brinde resultados seguros y confiables<sup>1</sup>, es decir, crear un párpado inferior funcional y estéticamente aceptable, con mínima morbilidad para el paciente, además de evitar complicaciones dentro de las más comunes tras la cirugía palpebral, como el ectropión<sup>5</sup>. El colgajo ideal para una adecuada reconstrucción total o parcial del párpado inferior ha de propor-

cionar una altura y sostén suficientes, un fórnix conjuntival profundo, buena posición del canto y debe emplear tejidos lo más similares posible a la cobertura cutánea natural del párpado<sup>5</sup>.

En 1889 se describieron dos tipos de colgajos miocutáneos innervados basados en el músculo orbicular, presentados por León Tripier, profesor de la Clínica Quirúrgica de la Facultad de Medicina de Lyons Blandin. El primero permanece en uso como un medio de reconstrucción del párpado inferior, que es en forma de puente y todavía se llama comúnmente "colgajo Tripier", mientras que el segundo ya no es de uso común<sup>2</sup>. Es posiblemente la primera descripción de un colgajo musculocutáneo innervado en la literatura médica y se empleó por primera vez en la reconstrucción de un párpado superior, después de la resección de una neoplasia maligna<sup>11</sup>.

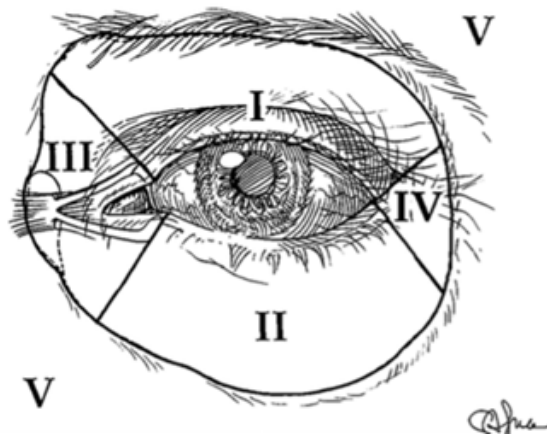
Tripier describió un colgajo que utiliza un exceso de piel del párpado superior y orbicular para reconstruir los defectos del párpado inferior. El colgajo está diseñado sobre el pliegue del párpado superior, similar a una resección miocutánea de blefaroplastia superior, preservando un pedículo lateral o medial para suministrar el colgajo<sup>1</sup>.

1. Residente Cirugía Plástica y Reconstructiva. Colegio Médico de Avellaneda, Distrito II.
2. Cirujano Plástico, Sanatorio ITOIZ, Avellaneda.
3. Cirujano plástico, Hospital Santojanni, CABA.

✉ Correspondencia: Diana C. Cruz Mantilla. [dcruzmantilla@gmail.com](mailto:dcruzmantilla@gmail.com)

Los autores declaran no tener conflictos de intereses

Recibido: 15/03/2021 | Aceptado: 30/03/2021



**Figura 1.** Cinco zonas. Zona I: párpado superior; Zona II: párpado inferior; Zona III: canto interno; Zona IV: canto externo, y Zona V: área contigua.

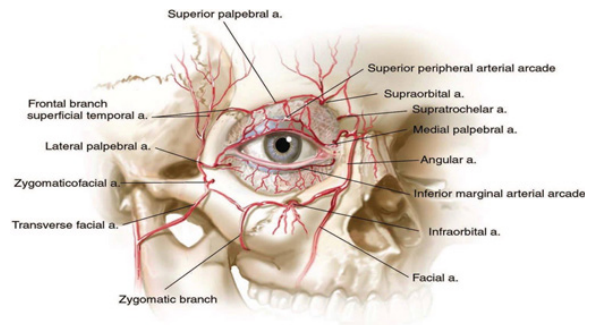
Los párpados pueden verse afectados por un gran número de tumores benignos y malignos que se originan tanto en la piel, como en las estructuras glandulares especializadas, los folículos pilosos o en los tejidos más profundos de los párpados. El tratamiento de elección de las patologías tumorales del párpado consiste en la escisión quirúrgica local tanto en las lesiones benignas como en las malignas, considerando que en estas últimas es obligatorio dejar un margen libre de 3 mm.<sup>3</sup>

Otra de las causas para emplear el colgajo Tripier es el ectropión cicatricial del párpado inferior, que puede ser causado por cirugías previas. En sus aspectos fisiopatológicos, se produce por un acortamiento secundario de la lamela anterior, que tracciona y evierte progresivamente el margen palpebral, haciéndolo girar hacia fuera por debilitamiento de los retractores palpebrales inferiores, exponiendo la conjuntiva tarsal, que al entrar en contacto directo con el aire se queratiniza. También se observa un componente de laxitud horizontal de los tejidos palpebrales con debilitamiento de los tendones cantales medio y lateral, que es necesario tener en cuenta al plantearse el tratamiento quirúrgico de esta malposición palpebral<sup>11</sup>.

En general, el ectropión cicatricial es secundario a un trauma térmico, químico, mecánico, quirúrgico, enfermedad cutánea cicatricial o infecciosa, o también a un daño actínico crónico en la piel, el cual se observa con mayor frecuencia en individuos de la tercera edad, campesinos, o en personas que han estado expuestas casi toda su vida a los rayos actínicos, sin mayor protección<sup>11</sup>.

## ANATOMÍA

La anatomía superficial de la piel incluye la ceja, el párpado superior, el párpado inferior y la cara media. El



**Figura 2.** Suministro arterial a los párpados. Proviene de las ramas de la arteria oftálmica. La arteria lagrimal (rama lateral) se divide en arterias palpebrales laterales superior e inferior, y la arteria palpebral medial (rama medial) se divide en una rama superior y una rama inferior.



**Figura 3.** Análisis vectorial. Determinado por la relación lineal de la proyección más anterior del globo a la proyección más anterior de la eminencia malar. Cuando el globo es posterior a la proyección más anterior de la eminencia malar, el vector es positivo (izquierda). Cuando el globo es anterior a la proyección más anterior de la eminencia malar, el vector es negativo (derecha).

párpado superior descansa 2 mm por debajo del limbo superior en la mirada hacia adelante, mientras que el párpado inferior se coloca en el limbo inferior. El pliegue supratarso en el párpado occidental está generalmente a 8 mm del margen del párpado en los hombres y 10 mm en las mujeres<sup>6</sup>.

Henry Spinelli y Glen Jelks describieron la división de la región periorbitaria en 5 zonas: Zona I- párpado superior; Zona II- párpado inferior; Zona III- canto interno; Zona IV- canto externo y Zona V- área contigua; de ellos, el canto interno es el que presenta mayor dificultad a la hora de la reconstrucción<sup>8,9</sup> (**Figura 1**).



Figura 4.



Figura 5.

Los párpados son una estructura bilamelar y se dividen en laminillas anterior y posterior<sup>1</sup>. Anatómicamente, la lamela anterior está constituida por el músculo *orbicularis oculi* y la piel, y la lamela posterior está formada por la placa tarsal y la conjuntiva palpebral (4). Existe una transición distinta entre la piel delgada del párpado, que se encuentra entre las capas más delgadas del cuerpo (con poca dermis o grasa subdérmica), y la piel más gruesa de las cejas y las mejillas, que tiene una capa dérmica y subcutánea bien definida. El músculo orbicular del ojo se encuentra debajo de la capa de la piel y se extiende sobre el tabique orbitario y el tarso ligamentoso<sup>1</sup>.

El músculo orbicular está densamente fijado a la superficie anterior del tarso en los párpados superior e inferior. Posteriormente, el tarso está revestido por conjuntiva. Las placas tarsales tienen aproximadamente 25 mm de largo, 1 mm de grosor y 10 y 4 mm de altura vertical en los párpados superior e inferior, respectivamente<sup>1</sup>.

Los músculos orbiculares cierran los párpados y están inervados por el nervio facial. El músculo elevador del párpado superior está inervado por el tercer par craneal; está anclado al tarso superior y es el encargado de elevar, junto con el músculo tarsal de Müller, el párpado superior<sup>7</sup>.

Es esencial una comprensión profunda del suministro de sangre a los párpados superior e inferior al planificar la colocación de incisiones para colgajos<sup>1</sup> (Figura

2). El suministro arterial a los párpados proviene principalmente de las ramas de la arteria oftálmica.

La arteria lagrimal (rama lateral) y la arteria palpebral medial (rama medial) se anastomosan a través de las arcadas tarsales. La arteria palpebral medial se divide en una rama superior y una rama inferior de los párpados superior e inferior. Lateralmente, la arteria lagrimal se divide en arterias palpebrales laterales superior e inferior. Las arcadas se conectan medialmente con las arterias palpebrales medianas y lateralmente con las arterias palpebrales laterales<sup>1</sup>.

El análisis vectorial se determina en la vista lateral y relaciona el punto de proyección más anterior del globo con el punto de proyección más anterior del párpado inferior y la eminencia malar. Cuando el globo es posterior a la proyección más anterior de la eminencia malar, el vector se considera positivo y el vector negativo es cuando el globo es anterior a la proyección más anterior de la eminencia malar (Figura 3). Si la proyección anterior del globo y la eminencia malar forman una línea vertical, el vector se considera neutral<sup>10</sup>.

## OBJETIVO

Demostrar la versatilidad del colgajo Tripier para la reconstrucción de defectos presentados en el párpado inferior en las diferentes patologías, ya sean de origen tumoral, postraumáticas o iatrogénicas.



Figura 6.

## MÉTODO

Este es un estudio longitudinal de tipo retrospectivo, con resultado descriptivo, a quienes se les realizó reconstrucción con colgajo Tripier para cubrimiento de defecto de lesiones de párpado inferior en pacientes

con secuelas postraumáticas, resecciones oncológicas y lesiones iatrogénicas.

Las evaluaciones preoperatorias y los procedimientos fueron realizados por un solo equipo quirúrgico en 34 pacientes, con edades comprendidas entre 18 y 72 años. El estudio se realizó en un período de 3 años, desde noviembre de 2016 a noviembre de 2019.

## DISEÑO DEL COLGAJO

El diseño de este colgajo puede realizarse con un solo pedículo (unilateral), y así reconstruir hasta 2/3 del párpado inferior, o compuesto por dos pedículos bilaterales, y reconstruir el párpado inferior en su totalidad<sup>7</sup>.

El procedimiento lo realizamos teniendo en cuenta las 5 subunidades estéticas del párpado (canto interno, párpado superior, canto externo, párpado inferior y ceja) (**Figura 4**). Se obtiene un colgajo de piel y músculo orbicular de párpado superior, de 40 mm de longitud aproximadamente y 7 mm de ancho como mínimo, hasta 10 a 15 mm según necesidad, con un pedículo en canto externo palpebral<sup>8</sup> (**Figura 5**).

Para determinar la longitud del ancho del colgajo se realiza la maniobra de pinzamiento de piel redundante, como se hace en la blefaroplastia clásica, cerca del canto interno, en la parte media y próximo al canto externo.

Para realizar un buen diseño del colgajo se deben tomar algunos puntos de referencia anatómicos de la órbita y los párpados. Entonces, la distancia entre los puntos B y D está dada por el ancho del colgajo siendo el verdadero pedículo del colgajo con los vasos contenidos dentro del músculo orbicular, que también es el eje de rotación del colgajo. El punto C se realiza para corregir la oreja de perro que forma la piel de la mejilla al rotar el colgajo<sup>7</sup>.

La disección del colgajo inicia en el punto A, incluyendo piel y músculo orbicular inmediatamente por encima del septo orbitario, a través del cual se observa la grasa orbitaria. Siguiendo este plano se lleva todo el músculo orbicular situado por debajo de la piel del colgajo, delimitado por las dos incisiones cutáneas superior e inferior, y teniendo cuidado de no separar la piel del músculo orbicular<sup>7</sup>.

Este colgajo se debe rotar aproximadamente 20 grados para ubicarlo sobre el párpado inferior y adaptarlo a la zona receptora, en ocasiones es necesario retirar la piel sana del párpado inferior que ha quedado entre la herida de resección tumoral y el pedículo, y sustituirla por el colgajo<sup>7</sup>.

Al suturar la zona donante del párpado superior, unimos los puntos B y D por un punto de sutura quedando localizado en el mismo nivel o un poco más arriba y fuera del canto externo de los párpados. Para asegurar el posicionamiento exacto sobre la línea horizontal que pasa entre ambos cantos palpebrales, debemos dejar algo de piel redundante a nivel del canto externo y así permitir el deslizamiento hacia abajo de la sutura a la misma altura del canto externo, y evitar el pliegue de piel sobre el mismo<sup>7</sup>.

## TÉCNICA QUIRÚRGICA

Previamente, en mesa de quirófano, con el paciente en decúbito dorsal, se realiza demarcación de piel con marcador dérmico sobre el pliegue del párpado supe-

TABLA 1.

Sexo	Femenino		Masculino	
	Edad	Edad	Edad	Edad
Edad	28-50	51-72	28-50	51-72
Lesiones oncológicas	2	8	1	6
Lesiones postraumáticas	2	1	4	2
Lesiones por iatrogenia	2	3	1	2
Complicaciones	0	3	2	2

rior en toda su extensión. Posteriormente bajo neuroleptoanestesia, previa asepsia y antisepsia, se colocan campos estériles según técnica quirúrgica, se realiza infiltración local con lidocaína con epinefrina al 2%, y con lupas de aumento 4x se inicia el procedimiento.

Inicialmente, se procede a la incisión con bisturí con hoja numero 15 sobre marcación previa y se reseca la lesión, ya sea tumoral, postraumática o causada por iatrogenia, siempre con márgenes de resección, tomando la muestra y colocando un punto de referencia para enviar al patólogo. Posteriormente se efectúa control de hemostasia satisfactorio con electrobisturí.

En un segundo paso, en el párpado superior, con unas pinzas de Adson sin garra, se practican tres tomas de piel redundante, una central y dos a nivel del limbo nasal y temporal, marcando un punto en la piel en cada toma. No debe abrirse la hendidura palpebral en cada toma. Se demarca una línea para la resección superior uniendo estos tres puntos marcados anteriormente y prolongando la línea en toda la extensión del párpado superior, sobrepasando la demarcación inferior en ambos extremos del diseño y teniendo cuidado de dejar 1 cm de piel libre entre el borde inferior de la ceja y la línea superior de resección.

En los extremos nasal y temporal del diseño, se dejan dos espacios de piel de aproximadamente 8 mm cada uno, que corresponderán al pedículo nasal y/o temporal del colgajo. Por último se demarca una línea a 2 mm del borde ciliar, en el párpado inferior, que se une interna y externamente con la línea del pliegue palpebral superior.

Posteriormente confección y diseño del colgajo. Con bisturí, se procede a incidir estas 3 líneas, comenzando por la subciliar en el párpado inferior, luego la del pliegue del párpado superior y por último la línea superior, esto con el fin de que la sangre que emana al incidir no nos impida ver claramente las líneas siguientes. Se realiza hemostasia cuidadosa y satisfactoria con electrobisturí.

En los casos de ectropión cicatricial senil, hay un componente adicional de laxitud horizontal de los tejidos. Es importante corregirlo en este momento, para obtener un mejor resultado posoperatorio en la corrección del ectropión.

Una vez corregida la laxitud horizontal, desplazamos el colgado uni- o bipediculado de su lecho dador al receptor en el párpado inferior, evidenciando pedículo vital.

La piel que queda junto a la hendidura palpebral, comprendida entre la incisión subciliar inferior y la del pliegue del párpado superior, en sus extremos agudos

nasal y temporal queda completamente libre, flotante. Procedemos a acomodar el colgajo en tal forma que estos extremos agudos nasal y temporal, de la hendidura palpebral se desplacen hacia arriba, que asciendan como si se tratara de una Z plastia, quedando colocados más altos que en su sitio original, al trasponer sobre ellos los pedículos laterales del colgajo.

Por último se realiza sutura con puntos separados, con Nylon 5.0, fijando el colgajo con cobertura total del defecto. Luego se sutura el sitio donante como en una blefaroplastia.

Antisepsia y curación final, procedimiento sin complicaciones. El paciente sale del quirófano y queda en sala de observación hasta recuperarse completamente; posteriormente se otorga alta sanatorial, con control del colgajo por consultorios externos en 48 a 72 horas inicialmente.

## RESULTADOS

El defecto a cubrir se realizó dependiendo de la lesión que presentaban los pacientes; por lo tanto se realizaron 34 procedimientos quirúrgicos con reconstrucción de párpado inferior utilizando un colgajo musculocutáneo de Tripier. De los 34 pacientes, 19 eran mujeres y 15 hombres, con edades comprendidas entre los 28 y los 72 años. Los pacientes con resecciones por lesiones oncológicas fueron la principal causa de indicación de cirugía (10 mujeres y 7 hombres), seguidos por las lesiones postraumáticas (9 casos: 6 hombres y 3 mujeres), y en último lugar se indicó cirugía a pacientes con lesiones por iatrogenia, siendo la lesión más común el ectropión posquirúrgico con 8 casos en total (5 de sexo femenino y 3 masculino) (Tabla 1).

Pudimos observar complicaciones principalmente en los pacientes con lesiones postraumáticas en donde hubo sufrimiento inicial del colgajo, que se fue recuperando poco a poco en los controles por consultorio externo, de los cuales 2 eran mujeres y 2 hombres, y más prevalente en los pacientes de mayor edad; se realizó debridamiento del tejido no vital con tijera, posteriormente con recuperación completa sin ningún inconveniente. Además, también se notó colgajo engrosado principalmente en pacientes con edad avanzada, pero que no exigieron adelgaza-

miento del mismo, pues refirieron que lo más importante era mejorar la lesión previa, por la que habían consultado.

## DISCUSIÓN

El colgajo musculocutáneo innervado de Tripier es una excelente opción para tratar defectos del párpado inferior en pacientes jóvenes y adultos con diferentes patologías, ya sean causadas por lesiones tumorales, postraumáticas o lesiones por iatrogenia, debido a que tiene una tasa de sobrevida muy elevada con mínimas complicaciones en el posoperatorio.

Sin embargo cabe resaltar que los pacientes que sufren lesiones secundarias a traumas son los pacientes que pueden presentar más complicaciones en su posoperatorio, como por ejemplo el sufrimiento del colgajo.

Los resultados obtenidos concuerdan con los resultados ya publicados por otros autores llegando a las mismas conclusiones y teniendo como la principal causa e indicación de este colgajo las lesiones causadas por tumores.

## CONCLUSIONES

Se puede concluir que el colgajo musculocutáneo innervado de Tripier es una excelente alternativa para el cubrimiento de defectos que se presentan en la lamela anterior del párpado inferior.

Puede utilizarse para lesiones producidas por diferentes etiologías, sean lesiones oncológicas, traumáticas o por lesiones causadas por iatrogenia, sin importar la edad o el sexo.

Su disección es simple y rápida, además de que presenta un buen aporte vasculonervioso y es segura, lo cual es un factor importante, ya que la población de mayor demanda son pacientes de avanzada edad.

Es un colgajo muy versátil ya que puede realizarse de modo uni- o bipediculado para defectos del párpado inferior.

Es un colgajo sencillo y fácil de hacer, y no requiere lupas de aumento.

La única desventaja de este colgajo es que puede requerir realizarse en dos tiempos, teniendo que cortar el pedículo, pero el resultado es óptimo.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Codner MA, McCord CD, Mejía JD, Lalonde D. (2010) *Upper and Lower Eyelid Reconstruction* Atlanta, Ga.; Medellín, Colombia; and Saint John, New Brunswick, Canadá. Copyright ©2010 by the American Society of Plastic Surgeons. 15 Págs. (1-8).
2. Elliot D, Britto JA. (2004) *Tripier's innervated myocutaneous flap 1889*. Andrew's Centre for Plastic Surgery, Broomfield Hospital, Court Road, Broomfield, Chelmsford, Essex CM1 7ET, UK. Published by Elsevier Ltd on behalf of The British Association of Plastic Surgeons. 7 Págs. (1-3).
3. Martínez Vera, E., Melgarejo Rivas, D., Arrúa Caballero, M., Cardozo Cabral, S. "Tumor de párpados: 241 casos. Hallazgos y desafíos para la reconstrucción / Eyelid tumors: 241 cases. Findings and challenges for reconstruction". Hospital de Clínicas. Universidad Nacional de Asunción. Paraguay. *Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana* - Vol. 39 - No 2 de 2013. 8 Págs. (2-8).
4. Moretti EA, Gómez García F, Gallo S, Alonso E, Fodor M. ¿Es necesaria la reconstrucción de la conjuntiva? Trabajo experimental en conejos

- albinos para evaluar la neogénesis de la conjuntiva - Is necessary the reconstruction of the conjunctiva? Experimental research in albino rabbits to demonstrate conjunctiva regeneration. *Servicio de Cirugía Plástica, Sanatorio Los Arroyos, Rosario e Instituto de Anatomía Patológica de Rosario (Argentina). Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana* - Vol. 33 - No 1 de 2007. 5 Págs. (1-2).
5. Lagares Borrego A, de Lope Falcón C, Franco Góngora JM, Barrera Pulido FJ, Cómez Cía T. Reconstrucción de párpado inferior mediante colgajos miocutáneos en isla de los músculos orbicular y nasal - Lower eyelid reconstruction with orbicularis oculi and nasalis myocutaneous island flaps. *Servicio de Cirugía Plástica, Reparadora y Quemados de los Hospitales Universitarios Virgen del Rocío, Sevilla, España. Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana* - Vol. 35 - No 1 de 2009. 7 Págs. (1-7).
  6. DiFrancesco LM, Codner MA, McCord CD. Upper Eyelid Reconstruction. Atlanta, Ga. CME. American society of plastic surgeons 2003. 10 Págs. (1-7).
  7. Miranda Rollón MD, Giménez Castejón D, Molero Izquierdo C, Rodríguez Cavas MB, Martínez Campillo L, de Haro Luna JJ. Manejo de colgajos cutáneos en la cirugía reconstructiva palpebral. Sección de Oculoplástica. Servicio de Oftalmología; Servicio de Cirugía Maxilofacial. Complejo Hospitalario Universitario de Cartagena. Región de Murcia. *Thea superficie ocular*. 2018 II. 20 Págs. (1-8).
  8. Martínez-Vera E, Melgarejo-Rivas D, Arrúa-Caballero M, Cardozo-Cabral S. Sistematización del colgajo musculocutáneo unipediculado de párpado superior en reconstrucción de párpado inferior, canto interno y externo - Systematization of the unipedicle myocutaneous flap from the upper eyelid in reconstruction of lower eyelid, medial and lateral canthus. *Departamento de Cirugía Plástica Oftálmica, Cátedra de Oftalmología, Hospital de Clínicas, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Asunción, Paraguay. Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana* - Vol. 41 - No 1 de 2015. 7 Págs. (1-7).
  9. Spinelly HM, Jelks GW. Periocular Reconstruction: A systematic Approach. New Haven, Conn, and New York, N.Y. From the section of plastic and reconstructive Surgery at the Yale University School of medicine and the division of plastic and Reconstructive Surgery at the New York University School of Medicine. 1993. 8 Págs. (1-7).
  10. Tepper OM, Steinbrech D, Howell MH, Jelks EB, Jelks GW. A Retrospective Review of Patients Undergoing Lateral Canthoplasty Techniques to Manage Existing or Potential Lower Eyelid Malposition: Identification of Seven Key Preoperative Findings. New York, N.Y. American Society of Plastic Surgeons. 2015. 10 Págs. (1-10).
  11. Serrano Guerra F. El colgajo Tripier. Bogotá, Colombia. Jefe Departamento Cirugía Oculoplástica y Orbita, Clínica Barraquer. 12 Págs. (2-8).

# Genitoplastia feminizante en paciente transgénero

## Feminizing genitoplasty in a transgender patient

Marcelo MackFarlane<sup>2</sup>, Andrés Tamayo<sup>1</sup>, Matías Caradonti<sup>3</sup>, Joaquín Pefauré<sup>2</sup>

### RESUMEN

**Introducción.** La ausencia vaginal tiene un impacto devastador en paciente transgénero de hombre a mujer, por lo tanto, es primordial crear una neovagina de funcionamiento normal con satisfacción sexual, apariencia estética óptima y a su vez las características de micción femenina. Para tal objetivo existen diferentes procedimientos quirúrgicos. La genitoplastia feminizante con colgajo pene escrotal invertido cumple con las necesidades y expectativas del paciente. 1-6 **Método.** En este caso se realizó un análisis descriptivo y retrospectivo de 28 pacientes, transgénero, en los cuales se realizó genitoplastia feminizante con colgajo pene escrotal invertido, con edades entre 18 y 46 años, en un período de 2,5 años desde febrero de 2018 a agosto de 2020. **Resultados.** La vitalidad del colgajo fue un 100% con una satisfacción sexual del 96,4%, con bajo porcentaje de complicaciones (3%) que incluyen hematoma, dehiscencia y estenosis. Estéticamente la satisfacción fue del 100%. Para muchas pacientes la genitoplastia feminizante es la etapa final de muchas mujeres transgénero en su proceso de confirmación de género.

**Palabras claves:** colgajo pene escrotal, paciente transgénero, neovagina.

### ABSTRACT

**Introduction.** Vaginal absence has a devastating impact on a male to female transgender patient, therefore, it is essential to create a normally functioning neovagina with sexual satisfaction, optimal aesthetic appearance and in turn the characteristics of female urination. For this purpose there are different surgical procedures. Feminizing Genitoplasty with inverted scrotal penis flap meets the needs and expectations of the patient. 1-6 **Method.** In this case, a descriptive and retrospective analysis of 28 transgender patients was performed, in which Feminizing Genitoplasty was performed with an inverted scrotal penis flap, aged between 18 and 46 years, over a period of 2.5 years from february 2018 to august 2020. For many patients, Feminizing Genitoplasty is the final stage for many transgender women in their gender confirmation process. **Results.** The vitality of the flap was 100% with a sexual satisfaction of 96.4%, with a low percentage of complications in 3% that include hematoma, dehiscence and stenosis, aesthetically we present 100% satisfaction.

**Key words:** scrotal penis flap, transgender patient, neovagina.

REVISTA ARGENTINA DE CIRUGÍA PLÁSTICA 2020;26(3):15-20. [HTTPS://DOI.ORG/10.32825/RACP/202101/0015-0020](https://doi.org/10.32825/RACP/202101/0015-0020)

## INTRODUCCIÓN

La cirugía de reasignación de sexo se refiere a todos los procedimientos que incluyen vaginoplastia, clitoroplastia, labioplastia y reconstrucción pene escrotal. La cirugía de reasignación de género se refiere a todos los procedimientos requeridos, procedimientos genital, facial y corporal requeridos para lograr una apariencia femenina o masculina<sup>9</sup>.

En 2013 Mostrey reintroduce la antigua definición de Edgerton de 1974, que afirmaba que una operación de cambio de sexo es, de hecho, una operación de “confirmación” de género, que no se está reasignando el género mediante tales operaciones sino “confirmándolo”, puesto que el “género” ya está dentro del paciente.

La finalidad de la genitoplastia feminizante en transexuales de hombre a mujer implica crear un complejo perineo-genital tan femenino en apariencia y función como sea posible, libre de áreas mal cicatrizadas, cic-

trices y neuromas, con una uretra corta, con la dirección del flujo urinario dirigida hacia abajo en posición sentada, libre de estenosis o fistulas, con la neovagina idealmente revestida con epitelio húmedo, elástico y sin pelo, con una profundidad de al menos 10 cms y un diámetro de 30 mm, con la sensación suficiente para proporcionar un estímulo erógeno satisfactorio durante las relaciones sexuales y finalmente sin una posible morbilidad en el sitio donante<sup>7, 24-27</sup>.

## HISTORIA DE LA GENITOPLASTIA FEMINIZANTE

Para abordar el tema de la genitoplastia feminizante debemos remontarnos a los principios del 1930, donde el primer paciente conocido al que se le realizó una cirugía de reasignación de sexo, de hombre a mujer fue “Dora-R”<sup>10</sup>. “Él dio el primer paso hacia su cambio de sexo en 1921 cuando se autocastró. Finalmente, en 1930, se le realizó la operación que él se intentó hacer a la edad de seis años, la cual consistió en la extracción de su pene, y seis meses después se completó la transformación con la creación de una vagina artificial.”

Seguido a esto, en Berlín, de 1930 a 1931, Lili Elbe intentó someterse a la cirugía. Primero fueron removidos sus órganos genitales masculinos. La cirugía fue supervisada por el Dr. Magnus Hirschfeld. Lili fue sometida a cuatro cirugías consecutivas, que incluyeron en un infructuoso trasplante de útero que resultó en

1. Residente Cirugía Plástica y Reconstructiva. Curso Superior de Cirugía Plástica. Colegio Médico Avellaneda Distrito II.
2. Cirujano Plástico. Hospital “Donación F. Santojanni”. CABA.
3. Urólogo. Hospital “Donación F. Santojanni”. CABA.

✉ **Correspondencia:** Marcelo MackFarlane. E-mail: marcelomackfarlane@hotmail.com

Los autores declaran no tener conflictos de intereses

Recibido: 17/03/2022 | Aceptado: 30/03/2021



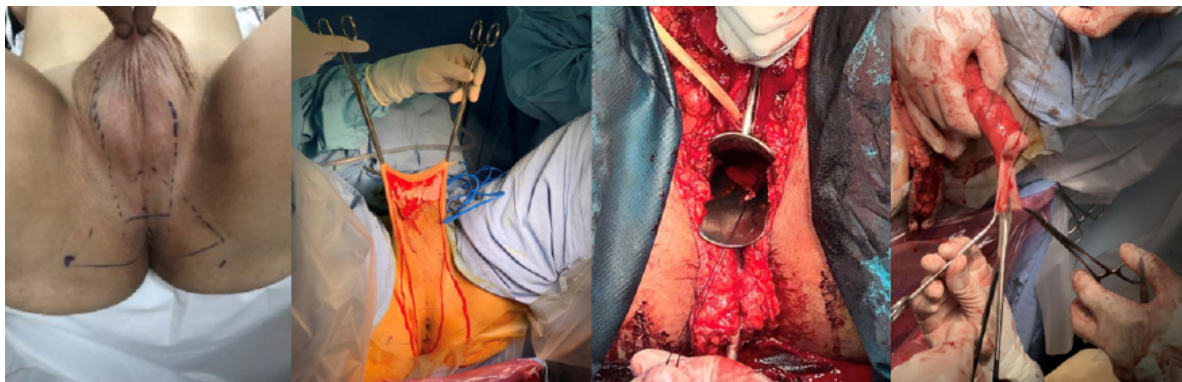


Figura 1.

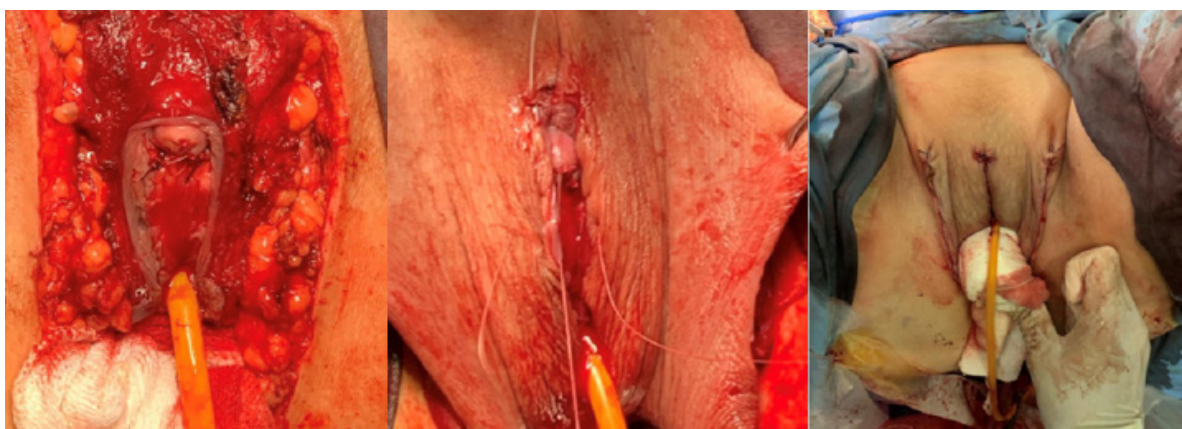


Figura 2.

TABLA 1. Datos demográficos:

	Vaginoplastia de inversión de pene	Total (%)
Pacientes	28	100%
Edad (años) - mediana (rango)	32,4 (18-46)	
IMC - media ± desvío estándar	26.2±2	
Comorbilidad cardiovascular	2	7,14%
Uso de anticoagulantes	1	3,57%
Diabetes	1	3,57%
HIV (positivo)	5	17,85%

su muerte. Se conoce de un paciente anterior a esta cirugía, el mayordomo de Magnus Hirschfeld<sup>11</sup>, pero su identidad es incierta a esta fecha.

Paralelamente se desarrollaban procedimientos quirúrgicos de reconstrucción vaginal, y uno de los primeros casos de reasignación genital por transexualismo fue practicado por el Dr. Abraham el año 1931 con posteriores casos aislados, publicados principalmente en Europa<sup>16</sup>.

Por otra parte, la “solución” propuesta por el gobierno de Irán para la homosexualidad es apoyar y cubrir todos los gastos de la cirugía de reasignación de sexo<sup>12</sup>. El líder de la revolución iraní en 1979, Ayatolá Ruhollah Jomeini, pronunció una *Fetua* declarando que la cirugía de reasignación de sexo es permitida para “transexuales médicamente diagnosticados”<sup>12</sup>. El documental realizado por Tanaz Eshaghian, *Be like others*, relata algunas historias de gais iraníes, quienes sienten que la cirugía es la única manera de evitar persecuciones futuras, encarcelamiento y/o pena de muerte<sup>12</sup>. La exlíder de la organiza-

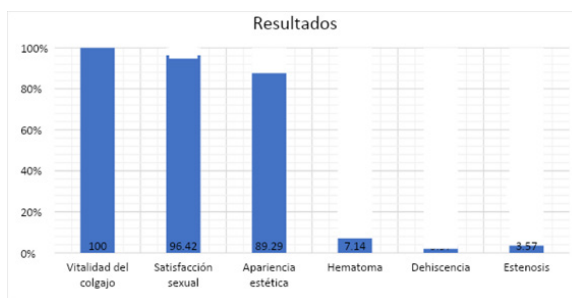


Figura 3.

ción transexual más grande de Irán, Maryam Khatoon Molkara, quien convenció al ayatolá Jomeini de pronunciar la *Fetua* sobre transexualidad, confirmó que muchos de los que se realizan la cirugía en realidad son homosexuales y no transexuales<sup>13</sup>.

El 12 de junio de 2003, el Tribunal Europeo de Derechos Humanos falló a favor de Van Kück, una transexual alemana a quien su compañía de seguro médico rechazó reembolsar el costo de su operación de reasignación de sexo, así como también la terapia de reemplazo hormonal. Los argumentos legales que apoyaron el fallo favorable se relacionan con el artículo 6 y el artículo 8 de la Convención Europea de Derechos Humanos. A este caso se le conoce como *Van Kück vs Germany*<sup>14</sup>.

### Vitalidad del colgajo



Figura 4.

### Satisfacción sexual

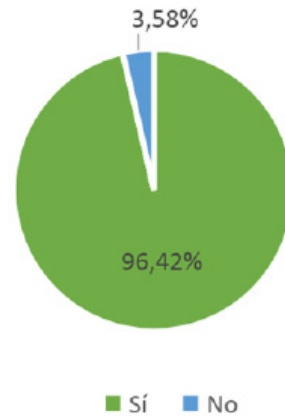


Figura 5.

### Apariencia estética

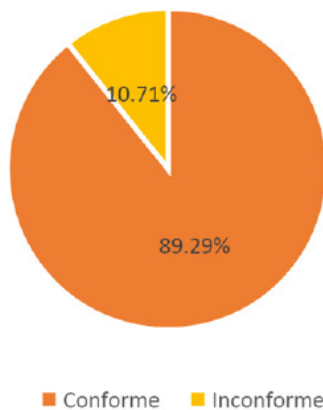


Figura 6.

### Complicaciones

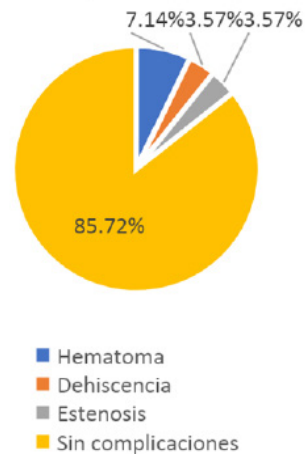


Figura 7.

En la actualidad, Tailandia es el país que más realiza operaciones de reasignación de sexo, seguido por Irán<sup>13</sup>. En la Argentina, en el 2012, se aprobó la Ley 26.743 de Identidad de Género, iniciándose una nueva etapa para toda la comunidad transgénero, ley que reconoce el derecho a tener la identidad sexual autopercibida en el documento nacional, así como el acceso a la atención sanitaria integral de personas trans tanto en hospitales públicos e instituciones privadas contemplándose en el Programa médico obligatorio (PMO). Los hospitales públicos Durand, Santojanni y Clínicas en la Ciudad de Buenos Aires, y el Gutiérrez, en La Plata, concentran la mayor demanda del país, también de países limítrofes, para la realización de cirugías<sup>14</sup>.

## MATERIALES Y MÉTODO

Se realizó un análisis descriptivo y retrospectivo de 28 pacientes transgénero, en quienes se realizó genitoplastia feminizante con colgajo pene escrotal in-

vertido, con edades entre 18 y 46 años, en un período de 2,5 años, desde febrero de 2018 a agosto de 2020 (Tabla 1).

### CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Todos los pacientes son mayores de 18 años, con experiencia en la vida real durante al menos de 1 año en el rol de género, consistente con su identidad de género. Fueron evaluados por equipo multidisciplinario de nuestra institución tales como Cirugía Plástica, Urología, Psicología, Endocrinología, Sexología, Psiquiatría y Ginecología quienes determinan si el paciente cumple con los criterios de inclusión.

La Genitoplastia Feminizante es una intervención quirúrgica que supone la transformación de los órganos genitales masculinos en estructuras que asemejan la morfología femenina. Por lo tanto, comprende la recreación de un introito, labios mayores y menores, el meato uretral y el clítoris, así como una cavidad vaginal suficiente para poder mantener relaciones sexuales satisfactorias (Monstrey et al., 2001; Eldh, 1993).



Figura 8.

Esta intervención se suele realizar en casos de ausencia de desarrollo vaginal (atresias vaginales) o en casos de transexualidad de hombre a mujer.

Desde entonces se han descrito numerosos procedimientos quirúrgicos de reconstrucción vaginal, descritas tanto para agenesias vaginales como para casos de reasignación sexual de hombre a mujer.

Los métodos para crear la neovagina en transexuales hombre a mujer, pueden clasificarse en 5 categorías<sup>8,9</sup>.

- Injertos de piel no genitales.
- Injerto de piel del pene.
- Colgajos de piel de escroto y pene.
- Colgajos de piel no genitales.
- Trasplantes intestinales pediculados.

La técnica de inversión peneana consiste en la creación de una neovagina a partir de la piel invertida del pene y del escroto, y será la primera técnica a tener en cuenta y la que tenemos en la totalidad de nuestra casuística. Para poderse someter a una vaginoplastia por inversión peneana, la paciente transexual deberá tener un pene con unas dimensiones mínimas, y una buena calidad de la piel peneana.

La vagina reconstruida tiene unas dimensiones variables que están en función de cuatro características de la paciente transexual: 1) el tamaño del pene, 2) el haberse realizado o no circuncisión previa, 3) la elasticidad de la piel y 4) en menor importancia, la altura de la paciente. De estas características dependerá la longitud de la cavidad, desde el periné hasta el fondo de saco de

Douglas, el cual determina el final de la cavidad donde se alojará la neovagina. También el tamaño del escroto puede determinar la posibilidad de hacer o no injertos cutáneos para ampliar la profundidad vaginal.

Es recomendable que la paciente suspenda el tratamiento estrogénico entre 2-4 semanas previas a la intervención, ya que los estrógenos en sangre aumentan la posibilidad de padecer una trombosis venosa profunda, con los riesgos y problemas que ello comporta. La intervención suele durar entre 5 y 6 horas. Siempre se realiza bajo anestesia general, exceptuando casos muy puntuales donde se realiza con anestesia epidural.

#### TÉCNICA Y DISEÑO

Técnica quirúrgica. Se recomienda suspensión de terapia hormonal 6 semanas antes del procedimiento. Previo al procedimiento, se indica internación 24 horas antes para ayuno y preparación de recto usando enemas evacuantes. Al momento del inicio de la cirugía se realiza profilaxis antibiótica con metronidazol y ciprofloxacina.

La técnica quirúrgica inicia con el paciente en decúbito dorsal, bajo anestesia general, reacomodación del paciente a posición de litotomía, uso de vendaje elástico muslo pedio bilateral para profilaxis tromboembólica, posterior asepsia y antisepsia, campos según técnica, colocación de sonda vesical Foley N°18, marcación de colgajo perineo escrotal con dimensiones dependientes de cada paciente, marcación de neoclitoris en glande según técnica de Eld. Se realiza disección del colgajo perineo-escrotal, posterior orquiectomía bilateral, se disecciona uretra a nivel perineal, gene-



Figura 9.

rando un espacio disecando la fascia recto-prostática hasta cuello vesical, una cavidad donde se alojará la futura vagina y que se sitúa entre vejiga, próstata y uretra membranobulbar en su cara anterior, la fascia de Denonvillers en su cara posterior, las caras internas de músculo obturador interno hacia los laterales y al fondo con el fondo de saco Douglas. Los puntos anatómicos de referencia son las prominencias isquiáticas. Se realiza neoclitoris con la utilización de glánde según patrón de marcación previa, conservando el pedículo neurovascular peneano que se encuentra entre la fascia de Buck y los cuerpos cavernosos, según técnica de Eld. Posterior exéresis de cuerpos cavernosos, se realiza confección de labios menores con mucosa prepucial junto a neoclitoris. Se fija a pubis con piel de pene, se realiza canal vaginal y se fija a fondo de saco de Douglas, se dan puntos para afrontar, se confecciona la uretra en pico de pato, se coloca nueva sonda vesical. A continuación, se realiza un orificio en la línea media por encima de la entrada vaginal. En él se reconstruye la neouretra y por encima de ésta se reconstruye el neoclitoris a partir de una porción de glánde que se nutre de su pedículo vasculonervioso. Control de hemostasia minucioso, se ofrecen dos drenajes en lecho quirúrgico, colocación de tapón vaginal con gasa con nitrofurazona envuelta en preservativo de látex, cierre de piel con colgajo inguino perineal para formación de labios mayores. Fijación de tapón vaginal con puntos de Nylon. El aspecto final habitualmente es prácticamente igual al de una mujer biológica<sup>19-22</sup>.

Durante la disección del canal neovaginal hay que tener extremo cuidado, ya que es una de las partes más críticas de la intervención, pues es el momento donde podemos lesionar el recto y producir una fístula rectovaginal, que es una de las complicaciones más temida por el cirujano (Karim et al., 1995).

## RESULTADOS

La vitalidad del colgajo fue del 100%, con una satisfacción sexual del 96,4%, con poco porcentaje de complicaciones, el 4%, que incluyen hematoma, dehiscencia y estenosis, estéticamente presentamos una satisfacción del 100%. Para muchas pacientes, la genitoplastia feminizante es la etapa final de muchas mujeres transgénero en su proceso de confirmación de género. El aspecto final habitualmente es prácticamente igual al de una mujer biológica.

## DISCUSIÓN

Las ventajas de los colgajos de piel invertida de pene y escroto son múltiples: tienen menor tendencia a contraerse, el daño accidental al recto puede corregirse más fácilmente ya que se cubre de inmediato con tejido vascularizado, se proporciona inervación local y el colgajo es prácticamente sin pelo<sup>8,9</sup>.

Las desventajas de los colgajos de piel del pene son que puede estar disponible una cantidad limitada de piel del pene para forrar toda la neocavidad.

El resultado final de la vaginoplastia está limitado por la falta de una mucosa hidratada, los pacientes necesitan usar ungüento antes de la dilatación y penetración sexual coital<sup>18</sup>.

Tras la intervención, se precisan diversos cuidados a corto y mediano plazo tras la cirugía.

1. El taponamiento vaginal, que se coloca durante la intervención, se retira a lo largo de la semana de ingreso. Tiene además las siguientes ventajas: previene el prolapso de la neovagina, sangrado posoperatorio, principalmente del cuerpo esponjoso, área uretral, estenosis uretral. Una vez retirado, la paciente debe responsabilizarse de la limpieza y dilatación de la neovagina para evitar la pérdida de profundidad y ancho.
2. La higiene es muy importante durante el posoperatorio, ya que los tejidos están inflamados y son propensos a la infección.
3. Durante las primeras semanas se debe tener mucho cuidado durante la evacuación intestinal (maniobra de defecación), pues un esfuerzo excesivo podría expulsar parte del colgajo que recubre las paredes de la neovagina.
4. Las dilataciones son imprescindibles para evitar la estenosis de la vagina de forma irreversible como consecuencia de la cicatrización. Para conseguirlo, la paciente debe seguir unas pautas de dilatación que serán instruidas por el equipo médico.
5. Transcurridas una o dos semanas, la paciente se pondrá en contacto con su endocrinólogo para reiniciar el tratamiento hormonal.

Las complicaciones específicas de este tipo de intervención pueden ser diversas:

- 1) Estenosis del introito vaginal, que puede estar

causado por la falta de dilataciones o relaciones sexuales. 2) Estenosis del meato uretral. 3) Fístula recto-neovaginal. Si no es detectada en el momento de la cirugía y reparada, puede ser necesario realizar una colostomía hasta la resolución de la misma. 4) Vagina corta. 5) Hematoma. 6) Ausencia de sensibilidad a nivel de neoclitoris. 7) Dehiscencia de herida. 8) Seroma. 9) Apariencia antiestética, aunque hay que tener en cuenta que al igual que otras partes del cuerpo, la vagina de cada mujer es diferente, y por lo tanto no existe un único patrón común o modelo estético. 10) La embolia venosa profunda y pulmonar y 11) La fístula vesicovaginal, la cual es una complicación excepcional<sup>18,28,29</sup>.

## CONCLUSIONES

La genitoplastia feminizante con colgajo pene escrotal presenta menor tendencia a retracción cicatrizal, pro-

porciona innervación local y es, además, prácticamente un colgajo sin pelo. Esta técnica proporciona buenas tasas de sensibilidad y satisfacción sexual hasta un 98% de las pacientes operadas<sup>7</sup>.

La construcción vaginal exitosa sin la necesidad de reoperaciones funcionales secundarias se logró en la mayoría de las pacientes, sin complicaciones intraoperatorias en nuestra experiencia. Presentamos complicaciones posoperatorias como hematoma, dehiscencia de herida y necrosis del colgajo en 3 de nuestras pacientes, complicaciones resueltas en un segundo tiempo quirúrgico de corta duración operatoria y recuperación rápida sin secuelas y una satisfacción del 98% referido por las pacientes tratadas.

En la práctica diaria con nuestras pacientes transgénero hacemos énfasis en este tipo de cirugía para proveer una adecuada e integral atención al cambio definitivo de todas sus características sexuales para que tanto mental como físicamente sean mujeres en todos los aspectos de la vida cotidiana.

## BIBLIOGRAFÍA

- Karim RB, Hage JJ, Mulder JW. Neovaginoplasty in male transsexuals: review of surgical techniques and recommendations regarding eligibility. *Ann Plast Surg* 1996;37:669.
- Selvaggi G, Ceulemans P, de Cuyper G, et al. Gender identity disorder: general overview and surgical treatment for vaginoplasty in male-to-female transsexuals. *Plast Reconstr Surg* 2005;116:135e.
- Goddard JC, Vickery RM, Qureshi A, et al. Feminizing genitoplasty in adult transsexuals: early and long-term surgical results. *BJU Int* 2007;100:607.
- Sohn M, Bosinski HA. Gender identity disorders: diagnostic and surgical aspects. *J Sex Med* 2007;4:1193.
- Hage JJ. Vaginoplasty in male to female transsexuals by inversion of penile and scrotal skin. In Ehrlich RM, Alter GJ, eds. *Reconstructive and Plastic Surgery of the External Genitalia*. Philadelphia: WB Saunders, 1999.
- Djordjevic ML, Stanojevic DS, Bizic MR. Rectosigmoid vaginoplasty: clinical experience and outcomes in 86 cases. *J Sex Med* 2011;8:3487.
- Peter Wroblewski, Jonas Gustafsson, Gennaro Selvaggi. Sex reassignment surgery for transsexuals. Volume 20, Number 6, December 2013. Pag 1-5.
- Krege S, Bex A, Lümmen G, et al. Male-to-female transsexualism: a technique, results and long-term follow-up in 66 patients. *BJU Int* 2001;88:396.
- Perovic SV, Stanojevic DS, Djordjevic ML. Vaginoplasty in male transsexuals using penile skin and urethral flap. *BJU Int* 2000;86:843.
- Encyclopaedia of Sexual Knowledge by Norman Haire (1930)*, Encyclopaedic Press, London. First Sex Change.
- Magnus Hirschfeld, *Zeitschrift für Sexualwissenschaft*, 1908.
- Iran's gay plan, Matthew Hays, Canadian Broadcasting Corporation, 26 de agosto de 2008; Consultado el 20 de septiembre de 2008.
- Sex change funding undermines no gays claim, Robert Tait, *The Guardian*, 26 de septiembre de 2007; Consultado el 20 de septiembre de 2008.
- The Case Van Kück vs. Germany*, 12 de junio de 2003.
- Ley 26.743, 23 Mayo 2012. Ley Transgénero de la República de Argentina.
- Abraham F. *Genitalumwandlung und zweiminnlichen transvestiten*. *Zeitschr für Sexualwissenschaft und Sexualpolitik*. 1931;282:223-6.
- Giraldo F, Mora MJ, Solano A, González C, Smith-Fernández V.: Male perineogenital anatomy and clinical applications in genital reconstructions in male-to-female sex reassignment surgery. *Plast Reconstr Surg* 2002;109(4):13001-10.
- Gender affirmation Medical and Surgical perspectives. Salgado C, Monstrey S, Djordjevic M. *International Standard Book Number-13: 978-1-4987-0848-7*. Cap 5. Pag 83-93.
- Perović S. Male to female surgery: a new contribution to operative technique. *Plast Reconstr Surg* 1993;91:703; discussion 712.
- Perovic SV, Stanojevic DS, Djordjevic ML. Vaginoplasty in male to female transsexuals using penile skin and urethral flap. *Int J Transgenderism* 2005;8:43.
- Sauer HA, Klutke CG. Transvaginal sacrospinous ligament fixation for treatment of vaginal prolapse. *J Urol* 1995;154:1008.
- Stanojevic DS, Djordjevic ML, Milosevic A, et al. Sacrospinous ligament fixation for neovaginal prolapse prevention in male-to-female surgery. *Urology* 2007;70:767.
- Vujovic S, Popovic S, Sbutega-Milosevic G, et al. Transsexualism in Serbia: a twenty-year follow-up study. *J Sex Med* 2009;6:1018.
- Amend B, Seibold J, Toomey P, et al. Surgical reconstruction for male-to-female sex reassignment. *Euro Urol* 2013;64:141.
- Karim RB, Hage JJ, Bouman FG, et al. Refinements of pre-, intra-, and postoperative care to prevent complications of vaginoplasty in male transsexuals. *Ann Plast Surg* 1995;35:279.
- Davies MC, Creighton SM, Woodhouse CR. The pitfalls of vaginal reconstruction. *BJU Int* 2005;95:1293.
- Soli M, Brunocilla E, Bertaccini A, et al. Male to female gender reassignment: modified surgical technique for creating the neoclitoris and mons veneris. *J Sex Med* 2008;5:210.
- Coleman E, Bockting W, Botzer M, et al. *Standards of Care for the Health of Transsexuals, Transgender, and Gender-nonconforming People, version 7*. *Int J Transgenderism* 2011;13:165.
- Hage JJ, Goedkoop AY, Karim RB, et al. Secondary corrections of the vulva in male-to-female transsexuals. *Plast Reconstr Surg* 2000;106:350.
- Al-Tamimi M. *Genital Gender-Affirming Surgery in Transgender Men in The Netherlands from 1989 to 2018: The Evolution of Surgical Care*. *Plastic and Reconstructive Surgery* • January 2020. Pag 153e-161e.
- Buncamper ME. *Surgical Outcome after Penile Inversion Vaginoplasty: A Retrospective Study of 475 Transgender Women*. *Plastic and Reconstructive Surgery* 2016. Pag 999-1007.

# Resolución de hipertrofia de labios menores mediante técnicas simples

## Resolution of hypertrophy of the labia minora using simple techniques

Auvieux Arias C<sup>1</sup>, Huaman Ríos A<sup>2</sup>, de la Fuente B<sup>1</sup>, Pildain F<sup>3</sup>, Dávalos Nunes G<sup>4</sup>

### RESUMEN

**Introducción.** La hipertrofia de los labios menores se define como tejido labial que sobresale más allá de los labios mayores, puede afectar de manera uni- o bilateral y resultar en dispareunia, interferencia con los deportes, dificultades con la limpieza, irritación e infecciones crónicas del tracto urinario, incomodidad para el uso de prendas ajustadas, además de trastornos psicológicos. Todos estos motivos llevan a las mujeres a la consulta. La reducción de labios menores es el procedimiento estético genital femenino más común. Este trabajo tiene como objetivo presentar técnicas de baja complejidad para resolver diferentes grados de hipertrofia de labios menores.

**Materiales y métodos.** Estudio retrospectivo, observacional que comprendió 3 pacientes entre el periodo de marzo del 2019 a febrero 2020 que incluyó a pacientes con hipertrofias leves y moderadas.

**Resultados.** En 2 pacientes se realizó escisión directa y en 1, técnica del desepitelizado más lipotransferencia de labios mayores, sin evidenciar complicaciones mayores.

**Discusión.** Si bien en la literatura se han reportado un gran número de técnicas quirúrgicas, cada una de ellas debe adecuarse al tipo de hipertrofia labial. La técnica del desepitelizado permite conservar un borde natural, con conservación de la coloración y textura original de la paciente, aporte neurovascular, pero no es conveniente utilizarla en pacientes de grados mayores de hipertrofia. La escisión directa proporciona una técnica simple para la escisión del exceso de tejido en pacientes con mayor tamaño de sus labios menores, pero elimina el contorno, la coloración y la textura naturales del borde libre, aun así, las pacientes resultan conformes con su nuevo aspecto.

**Conclusión.** La reconstrucción de los labios menores, utilizando las técnicas de desepitelización y escisión directa, es confiable y da un resultado cosmético y funcional exitoso. Estas técnicas son de baja complejidad, tiempo operatorio breve, técnicamente reproducibles, dando gran conformidad y resultando un método seguro.

**Palabras claves:** hipertrofia de labios menores, reducción de labios menores, escisión directa, desepitelización central.

### ABSTRACT

**Introduction.** Hypertrophy of the labia minora is defined as lip tissue that protrudes beyond the labia majora, can affect unilaterally or bilaterally and result in dyspareunia, interference with sports, difficulties with cleaning, irritation and chronic infections of the urinary tract, discomfort for wearing tight clothes, in addition to psychological disorders. All these reasons lead women to the consultation. Labia minora reduction is the most common female genital cosmetic procedure. This work aims to present low complexity techniques to resolve different degrees of hypertrophy of the labia minora.

**Materials and methods:** retrospective, observational study that comprised 3 patients between the period of March 2019 to February 2020 that included patients with mild and moderate hypertrophy.

**Results:** Direct excision was performed in 2 patients and in 1, de-epithelialization technique plus lipotransference of the labia majora. Without showing major complications.

**Discussion:** Although a large number of surgical techniques have been reported in the literature, each of them must be adapted to the type of lip hypertrophy. The de-epithelialization technique allows a natural border to be preserved, with preservation of the patient's original color and texture, neurovascular supply, but it is not convenient to use it in patients with higher degrees of hypertrophy. Direct excision provides a simple technique for excision of excess tissue in patients with larger labia minora, but removes the natural contour, coloration and texture of the free edge, yet patients are still satisfied with their new appearance.

**Conclusion.** The reconstruction of the labia minora, using de-epithelialization and direct excision techniques is reliable and gives a successful cosmetic and functional result. These are low complexity techniques, short operating time, technically reproducible, giving great conformity and resulting in a safe method.

**Key words:** labia minora hypertrophy, labia minora reduction, direct excision, central de-epithelialization

REVISTA ARGENTINA DE CIRUGÍA PLÁSTICA 2020;26(3):21-24. [HTTPS://DOI.ORG/10.32825/RACP/202101/0021-0024](https://doi.org/10.32825/RACP/202101/0021-0024)

### INTRODUCCIÓN

La hipertrofia de los labios menores se define como tejido labial que sobresale más allá de los labios mayores<sup>1</sup>. Puede afectar de manera uni- o bilateral, provocar asimetrías, que eventualmente puede llegar a ser de tamaño similar después del crecimiento puberal normal, pero también puede afectar a ambos labios.

Anatómicamente, los labios menores son dos pliegues de la piel desprovistos de pelo, pero poseen glándulas sebáceas y ecrinas; los surcos interlabiales los separan de los labios mayores<sup>1</sup>. Las partes laterales de los labios menores forman el prepucio del clítoris, mientras que las partes mediales forman su frenillo<sup>2</sup> (**Figura 1**). Los labios menores tienen una sensibilidad notable, debido a la presencia de muchas terminaciones nerviosas libres y receptores sensoriales. Las glándulas sebáceas y sudoríparas son numerosas y se abren directamente sobre la piel<sup>1</sup>.

Entre las causas más comunes se describen origen congénito y dentro de las causas adquiridas, las hormonas androgénicas exógenas en la infancia, la sensibilidad a los estrógenos tópicos, estiramiento o fijación de peso de los labios, dermatitis secundaria a incontinencia urinaria, linfedema vulvar y enfermedades mielodisplásicas<sup>3</sup>. Muchas de las pacientes que presentan hipertrofia de labios la desarrollan después de la pubertad.

1. Residente del Servicio de Cirugía Plástica. Miembro en formación SACPER.
2. Cursista UBA del Servicio de Cirugía Plástica. Miembro en formación SACPER.
3. Jefe de Residentes de Cirugía Plástica.
4. Jefe del Servicio de Cirugía Plástica. Miembro titular SACPER. Hospital General de Agudos "Enrique Tornú".

✉ Correspondencia: Carolina Auvieux Arias. [auvieuxcarolina@gmail.com](mailto:auvieuxcarolina@gmail.com)

Los autores declaran no tener conflictos de intereses

Recibido: 10/03/2021 | Aceptado: 04/04/2021

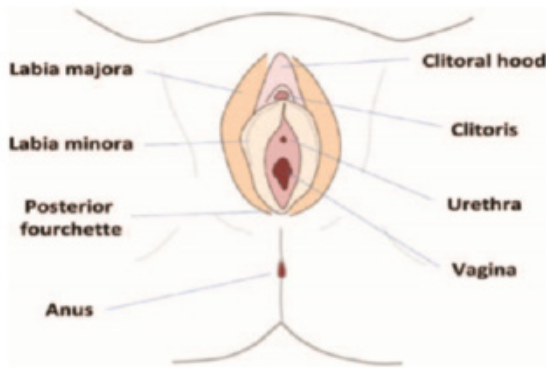


Figura 1. Anatomía de la vagina<sup>3</sup>.

En cuanto a la edad, diferentes autores informan un amplio rango etario comprendido entre los 11 y 68 años<sup>3</sup>.

Esta variante de la anatomía puede resultar en dispareunia, interferencia con los deportes, dificultades con la limpieza, irritación e infecciones crónicas del tracto urinario, incomodidad para el uso de pantalones ajustados, además de síntomas psicológicos relacionados como angustia emocional significativa, especialmente en poblaciones adolescentes<sup>3</sup>, interferencia en su vida sexual, etc. Todas estas afecciones llevan a las pacientes a la consulta.

La reducción de labios menores es el procedimiento estético genital femenino más común. Las mujeres buscan la reducción de los labios internos de la vagina para lograr un ideal cosmético o para eliminar la incomodidad con la ropa, el ejercicio o las relaciones sexuales. La mayoría de las mujeres consideran que los labios menores estéticos no sobresalen de los labios mayores<sup>4</sup>.

Este trabajo tiene como objetivo presentar técnicas de baja complejidad resolución diferentes grados de hipertrofia de labios menores.

## MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo, observacional que comprendió 3 pacientes entre el período de marzo del 2019 a febrero 2020. Incluyó a pacientes con hipertrofias leves y moderadas utilizando el sistema de clasificación simplificado propuesto por Saba Motakef et al.<sup>3</sup> (Figura 2) que es una modificación de la clasificación de Franco para hipertrofia de labio menor<sup>5,6</sup>. Se excluyeron pacientes con grados de hipertrofia mayor.

El motivo por el cual las pacientes solicitaron tratamiento quirúrgico fue mejorar funcionalidad y apariencia de sus labios menores. En cuanto a la etiología, 2 de las pacientes refirieron haber notado el

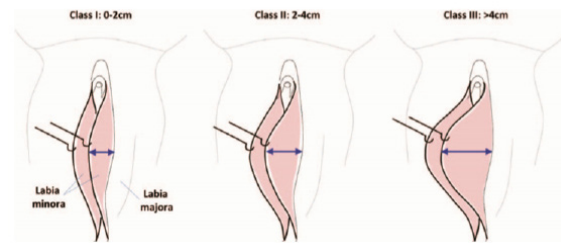


Figura 2. Clasificación por protrusión más allá de los labios mayores. Clase I (0 a 2 cm de protuberancia), clase II (2 a 4 cm de protuberancia) y clase III (> 4 cm de protuberancia). Se agrega una "A" para la asimetría y una "C" para la participación del capuchón del clítoris<sup>3,4</sup>.

agrandamiento de sus labios durante el período puberal, y 1 en el posparto. Las técnicas utilizadas fueron escisión directa y desepitelización, ambas con anestesia local y de forma ambulatoria.

## TÉCNICA QUIRÚRGICA

**Escisión directa:** marcación del tejido a resecar a aproximadamente 1 cm de su inserción en la vulva, infiltración con lidocaína al 2%, se delimita el área de sección con pinza Crile curva colocada sobre toda la longitud del labio menor, con la concavidad de la pinza hacia el cuerpo de la paciente, resección con tijera del tejido labial redundante en toda su extensión y aproximación sus dos hojas para el cierre con sutura continua con vycril 3.0. El mismo procedimiento se realiza en el labio contralateral (Figura 3).

**Técnica de desepitelizado:** marcación previa del tejido a resecar en cara interna del labio menor teniendo la precaución de dejar 1 cm aproximadamente del ancho del labio ya que debe protruir ligeramente del introito<sup>7</sup>, infiltración con lidocaína al 2%, desepitelizado central de forma bilateral y reaproximación de márgenes con sutura intradérmica de vycril 4.0. Luego extracción lipídica de región abdominal infraumbilical, dejando decantar en jeringas de 10 ml hasta que la grasa se separa de los glóbulos rojos. Se obtuvieron 30 ml de grasa y con ello se rellenaron los labios mayores por medio de incisiones a nivel anterior con microcánula de 3 x 120 mm (Figura 4).

## RESULTADOS

En 2 pacientes se realizó escisión directa y en 1, técnica del desepitelizado asociado a lipotransferencia de labios mayores (Figuras 5, 6 y 7).

La edad promedio fue de 27 años (rango de 18 a 36 años). El tiempo operatorio medio fue de 25 min. Las



*Figura 3. Técnica de escisión directa. Izquierda: marcación. Derecha: se delimita el tejido a escindir con pinza Crile y se reseca con tijera.*



*Figura 5. Izquierda: paciente con hipertrofia labial leve. Derecha: Posoperatorio inmediato de técnica de desepitelización central más lipotransferencia de labios mayores.*



*Figura 7. Izquierda: paciente con hipertrofia labial moderada. Derecha: postoperatorio inmediato de escisión directa.*

3 pacientes fueron dadas de alta el mismo día de la intervención.

En cuanto a las complicaciones, no se reportaron complicaciones mayores.

Las pacientes estuvieron satisfechas con su apariencia posoperatoria, mejoraron la higiene, revirtieron irritación crónica, mejoraron su calidad sexual y autoestima.

## DISCUSIÓN

La hipertrofia labial es una condición anatómica que ha llevado a la consulta a muchas mujeres por diferentes causas, tanto psíquicas como funcionales. Si bien en la literatura se ha reportado un gran número de técnicas quirúrgicas, cada una de ellas debe adecuarse al tipo de hipertrofia labial que presente la paciente, lo-



*Figura 4. Técnica de desepitelizado central.*



*Figura 6. Izquierda: marcación preoperatoria de paciente con hipertrofia de labios menores moderado asimétrico a predominio del lado derecho. Derecha: posoperatorio inmediato de escisión directa.*

grando un resultado lo más óptimo posible, resecando labios menores hipertrofiados, manteniendo el suministro neurovascular, preservando el introito, color óptimo, combinación de texturas y mínima invasividad. Según el algoritmo de Ellsworth<sup>5</sup>, las pacientes con hipertrofias grados 1 y 2 pueden ser tratadas mediante la técnica del desepitelizado y las pacientes con grados superiores mediante técnicas resectivas (escisión directa y resección en cuña).

Teniendo en cuenta las ventajas y desventajas, la técnica del desepitelizado permite conservar un borde natural, con conservación de la coloración y textura original de la paciente, aporte neurovascular, pero no es conveniente utilizarla en pacientes de grados mayores de hipertrofia ya que no conseguiría reducir lo suficiente el tamaño de los labios menores. La escisión directa proporciona una técnica simple para la escisión del exceso de tejido en pacientes con mayor tamaño de sus labios menores y, aunque esta técnica elimina el contorno, la coloración, la textura natural del borde libre y coloca una línea de sutura en el borde libre de los labios menores que puede conducir a la formación de cicatrices visibles, ninguna de estas afirmaciones con respec-



to a la formación de cicatrices ha sido validada en ningún estudio hasta ahora, y las pacientes resultan conformes con la nueva coloración.

En cuanto a la resección en forma de cuña, conserva el contorno natural y la coloración del borde libre de los labios menores; pero puede crear un contraste abrupto en la coloración de los labios menores, donde los tejidos se aproximan y la cicatriz longitudinal resultante puede distorsionar los labios y además el patrón vascular aleatorio del pedículo superior predispone a un mayor riesgo de necrosis de la punta, lo que puede provocar fibrosis, cicatrices y distorsión labial<sup>8,19,10</sup>.

## CONCLUSIÓN

La reconstrucción de los labios menores utilizando la técnica de la desepitelización y la escisión directa es confiable y da un resultado cosmético y funcional aceptable. Estas técnicas son de baja complejidad, tiempo operatorio breve, técnicamente reproducible, dando gran conformidad a las pacientes y al cirujano, resultando un método seguro.

## CRÉDITOS

Las imágenes fueron tomadas por el autor.

---

## BIBLIOGRAFÍA

1. Puppo V. Anatomy and physiology of the clitoris, vestibular bulbs, and labia minora with a review of the female orgasm and the prevention of female sexual dysfunction. *Clin Anat* 2013;26:134-52.
2. Puppo V. Embryology and anatomy of the vulva: the female orgasm and women's sexual health. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2011;154:3-8.
3. Motakef S, et al. Vaginal Labiaplasty: Current Practices and a Simplified Classification System for Labial Protrusion. *Plastic and Reconstructive Surgery* 2014;774-88.
4. Alter GJ; Labia Minora Reconstruction Using Clitoral Hood Flaps, Wedge Excisions, and YV Advancement Flaps. *Plastic and Reconstructive Surgery*; 2010:2356-2363.
5. Ellsworth WA, et al. Techniques for Labia Minora Reduction: An Algorithmic Approach. *Aesth Plast Surg* 2010;34:105-10.
6. Franco T, Franco D. Hipertrofia de Ninfas. *J Bras Ginecol* 1993;103:163-5.
7. Choi HY, Kim KT. A new Method for Aesthetic Reduction of Labia Minora (the Deepithelialized Reduction Labiaplasty). *Plastic and Reconstructive Surgery* 2000;419-422.
8. Maas SM, Hage JJ. Functional and aesthetic labia minora reduction. *Plast Reconstr Surg*. 2000;105:1453-6.
9. Alter GJ. A new technique for aesthetic labia minora reduction. *Ann Plast Surg* 1998;40:287.
10. Munhoz AM, Filassi JR, Ricci MD, Aldrighi C, Ferreira MC. Aesthetic labia minora reduction with the inferior wedge resection and superior pedicle flap reconstruction. *Plast Reconstr Surg* 2006;118:1237.

# Revista Argentina de Cirugía Plástica. Estadística de publicaciones de los últimos 15 años

## Revista Argentina de Cirugía Plástica. Publication statistics for the last 15 years

Esteban Elena Scarafoni<sup>1</sup>, Armando Pomerane<sup>2</sup>

### RESUMEN

**Introducción.** Este año se cumplen 68 años de la primera edición de la Revista Argentina de Cirugía Plástica en 1953. Esta continúa siendo el principal órgano de difusión de la Sociedad y un espacio de comunicación y publicación de novedades locales e internacionales.

**Objetivo.** Realizar una revisión de todos los artículos publicados en los últimos 15 años mostrando las estadísticas y tendencias de publicación de la Revista Argentina de Cirugía Plástica.

**Método.** Se realizó una búsqueda manual de los archivos digitalizados en la página web de la SACPER que comprendió a todos los artículos publicados en la Revista desde el año 2006 hasta el 2020 inclusive. De cada artículo se recopilaron los siguientes datos: año de publicación, número de autores, país de origen y filiación de los mismos, tema y subtema de los artículos, tipo de artículo y participación de Cirujanos Plásticos en formación en los artículos junto con el orden de aparición de autoría de los mismos y el tipo de artículo en que se involucraron.

**Resultados.** Desde el año 2006, se publicó un total de 51 números que incluyeron 221 artículos. El promedio de números por año fue de 3,4 y el promedio de artículos por año fue de 14,73. El 57% fue catalogado como artículos originales, el 29% como reportes de caso y el 14% como artículos de revisión. Argentina fue el país con mayor número de publicaciones. Con referencia a la temática, 57% (n=126) de los artículos fueron sobre Cirugía Reparadora, seguidos por un 30,3% (n=67) sobre Cirugía Estética. En referencia a los médicos en formación, tuvieron participación en el 30,8% (n=68) de los artículos. El 47,1% lo hizo como primer autor. El tipo de artículos más realizado por los residentes fueron reportes de caso en un 55,9% seguido por artículos originales en un 29,4% y artículos de revisión en un 14,7%. Dentro de la temática, los artículos de cirugía reconstructiva fueron los más realizados, con un 82,4%.

**Conclusiones.** El trabajo presenta las estadísticas y tendencias de publicaciones de los últimos 15 años de la Revista Argentina de Cirugía Plástica. Si bien el número de publicaciones se ha mantenido constante durante dicho período, la participación de cirujanos plásticos en formación como autores se encuentra en aumento con un adecuado nivel de participación.

**Palabras claves:** estadística, tendencia, residentes, Argentina, publicación.

### ABSTRACT

**Background.** This year marks the 68th anniversary of the first edition of the Argentine Journal of Plastic Surgery in 1953. This continues to be the main journal of the Argentinian Society and a place for communication and publication of local and international news.

**Objective.** To carry out a statistical review and find out about the publishing profile and trend of publications of the journal during the last 15 years.

**Method.** We performed a digital search in the SACPER database to evaluate all articles published in the journal between 2006-2020. The following data was collected: year of publication, affiliation of the authors, authorship order, theme, resident participation and their order of appearance.

**Results.** A total of 51 volumes including 221 articles were reviewed. The average volumes per year was 3,4 and the average of articles per year was 14,73. 57% of the articles were original whereas 29% were case report and 14% review articles. Argentine was the country with the higher number of publications. Reconstructive surgery was the main theme with 57%. Resident participation was found in 30,8% of the articles, 47,1% of the cases as first authors. Case report was published in 55,9% of articles. Reconstructive surgery was the main theme.

**Conclusion.** The work presents the statistics and trends of publications of the last 15 years of the Revista Argentina de Cirugía Plástica. Although the number of publications has remained constant during this period, the participation of plastic surgeons in training as authors is increasing with an adequate level of participation.

**Key words:** statistics, trends, resident, Argentine, publication.

REVISTA ARGENTINA DE CIRUGÍA PLÁSTICA 2020;26(3):25-28. [HTTPS://DOI.ORG/10.32825/RACP/202101/0025-0028](https://doi.org/10.32825/RACP/202101/0025-0028)

### INTRODUCCIÓN

En 1953, un año después de la creación de la Sociedad Argentina de Cirugía Plástica (SACPER), se publicó el primer ejemplar de la Revista bajo la dirección del Dr. Miguel Correa Iturraspe. Con el nombre de *Revista de*

*la Sociedad Argentina de Cirugía Plástica*, se publicaron los resúmenes de todos los trabajos presentados en las sesiones científicas de la Sociedad. Tuvo una segunda edición 3 años después, en 1956, a cargo del Dr. José Spera. Si bien por motivos económicos tuvo que ser discontinuada, se constituyó como la primera revista de la especialidad de la región iberolatinoamericana<sup>1</sup>.

En 1960, se reanudó la publicación de la revista bajo el nombre de *Boletín de Cirugía Plástica*. Esta vez, se incluyeron los trabajos completos presentados en las sesiones científicas societarias. Se editó durante 4 años en forma bimestral hasta que, en 1965, se interrumpió su publicación<sup>2</sup>.

Luego de un período de 12 años sin ediciones, en 1977, bajo la presidencia de Néstor Maquieira y la dirección editorial de José Juri, se edita nuevamente con el nom-

1. Residente de Cirugía Plástica, Estética y Reparadora del Hospital de Quemados del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires
2. Jefe de Unidad Internación de Cirugía Plástica del Hospital de Quemados del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires

✉ **Correspondencia:** Esteban Elena Scarafoni. Tel.: +5491159072890. E-mail: estebanelenascarafoni@gmail.com

Los autores declaran no tener conflictos de intereses

Recibido: 15/03/2021 | Aceptado: 27/03/2021



Figura 1. Gráfico que muestra el porcentaje y distribución de las diferentes temáticas en los artículos publicados.

bre de *Revista de Cirugía Plástica Argentina*. Más tarde, en 1991, bajo la dirección editorial del Dr. Claudio Angrigiani, se modificó el nombre a *Revista Argentina de Cirugía Plástica*, nombre que mantiene actualmente. Fue a partir de 1995 que la revista comenzó a publicarse sin interrupciones hasta el día de la fecha<sup>2</sup>.

Luego de 68 años de esa primera edición, la revista continúa siendo el órgano oficial de difusión de la sociedad y un espacio para la comunicación y publicación de novedades locales e internacionales.

El objetivo de este trabajo es realizar una revisión bibliográfica de todas las publicaciones de los últimos 15 años mostrando las estadísticas y tendencias de publicación de la *Revista Argentina de Cirugía Plástica*.

## MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó una búsqueda manual de los archivos digitalizados en la página web de la SACPER incluyendo todos los artículos publicados en la *Revista Argentina de Cirugía Plástica* en los últimos 15 años desde el año 2006 hasta el 2020 inclusive.

Se excluyeron todos los artículos editoriales, actas de congreso y comunicaciones.

De cada artículo se recopilaron los siguientes datos: año de publicación, número de autores, país de origen y filiación de los mismos, tema y subtema de los artículos y tipo de artículo. También se recopiló la participación de Cirujanos Plásticos en formación en los artículos, el orden de aparición de autoría de los mismos y el tipo de artículo en que se involucraron.

Las filiaciones de los autores se dividieron en 4 grupos: Hospitales o Instituciones Públicas, Hospitales o Instituciones Privadas, Práctica Privadas y Universidades. Se consideró el lugar de procedencia del primer autor en caso de reportarse múltiples filiaciones.

Según el tema, los artículos se dividieron en Cirugía Reconstructiva, Cirugía Estética, Medicina Esté-

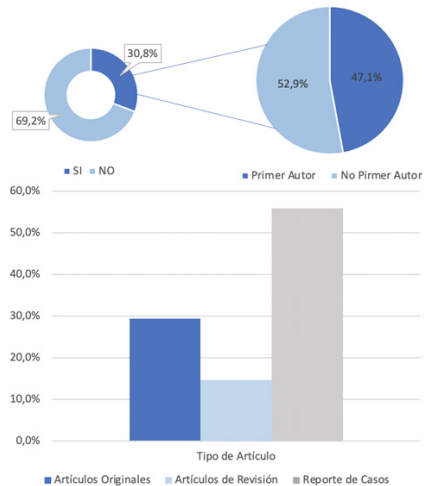


Figura 2. Arriba. Gráfico de torta que muestra el porcentaje de participación de médicos en formación como autores en los artículos y el porcentaje de primera autoría. Abajo. Gráfico de barras que muestra el porcentaje según el tipo de artículos publicados por médicos en formación.

tica, Estudios experimentales, Estudios Anatómicos y Otros. Cada uno de los temas fue a su vez, dividido según el subtema específico.

Todos los datos se recopilaron en el programa Excel expresando los resultados en forma de gráficos y porcentajes.

## RESULTADOS

Desde el año 2006, se publicaron un total de 51 números que incluyeron 221 artículos. El promedio de números por año fue de 3,4 con un rango de 2 a 4 y el promedio de artículos por año fue de 14,73 con un rango de 9 a 20, resultando en un promedio de 4,33 artículos por número. Del total de artículos, el 57% (n=126) fueron catalogados como artículos originales, un 29% (n=64) como reportes de caso y un 14% (n=31) como artículos de revisión. El promedio de autores por artículo fue de 3,19 con un rango de 1 a 13. En un 21,3% (n=47) de los casos, los artículos presentaron un único autor.

Argentina fue el país con mayor número de publicaciones, representando el 91% (n=201) de los artículos, seguido por México con un 2,7% (n=6), Paraguay y Uruguay con un 1,4% (n=3) cada uno y Estados Unidos y Colombia con un 0,9% (n=2).

El 47,3% (n=95) de los artículos tenían como afiliación un Hospital Público, un 17,9% (n=36) una Institución Privada y un 23,4% práctica privada; 13 artículos marcaban como filiación una Universidad y 8 artículos no tenían asignados la filiación de los autores. Dentro de los hospitales públicos, el Hospital Tornú, el Hospital Ramos Mejía y el Hospital Santojanni fueron los que aportaron el mayor número de artículos, seguidos por el Hospital Perrando de Chaco, el Hospital de Quemados y el Instituto de Rehabilitación Psicosfísica (IREP). Dentro de las instituciones privadas, el Hospital Italiano fue el de mayor número de publicaciones.



Figura 3. Gráfico que muestra el número de publicaciones por año y su tendencia de los últimos 15 años.

A nivel universitario, la Universidad Católica Argentina encabezó la lista.

En cuanto al grupo etario, un 69,7% de los artículos fueron realizados en población adulta, un 10% en población pediátrica y un 1,8% en forma mixta. En un 18,6% de los artículos, la población no aplicaba por el tipo de estudio.

Con referencia a la temática, 57% (n=126) de los artículos fueron sobre Cirugía Reparadora, un 30,3% (n=67) sobre Cirugía Estética, un 5% (n=11) sobre Medicina estética y un 7,7% sobre otros temas (Figura 1). Dentro de la Cirugía Reparadora, el subtema más tratado fue reconstrucción de cabeza y cuello con un 34,9% (44 artículos) seguido por reconstrucción de extremidades con un 14,3%, reconstrucción mamaria con un 11,9%, cirugía maxilofacial con un 7,1% y microcirugía y quemados con un 5,6% cada uno. Dentro de la cirugía estética, la cirugía mamaria representa el 43,3% (n=29) seguido por cirugía de contorno corporal con un 25,4% y blefaroplastia con un 7,5% cada uno.

En referencia a los médicos en formación, tuvieron una participación en el 30,8% (n=68) de los artículos. En cuanto al número de residentes por artículo, en un 42,6% (n=29) se mencionó un solo residente, en un 27,9% (n=19) dos, en un 19,1% (n=13) 3 y en un 10,3% había 4 o más autores en formación. A su vez, dentro de los 68 artículos en donde participaban, el 47,1% lo hizo como primer autor. El tipo de artículos más realizado por los residentes fueron reportes de caso en un 55,9% seguido por artículos originales en un 29,4% y artículos de revisión en un 14,7%. Dentro de la temática, los artículos de cirugía reconstructiva fueron los más realizados con un 82,4% (n=56) (Figura 2).

## DISCUSIÓN

El presente trabajo es el primero en reportar las estadísticas de publicaciones de la *Revista Argentina de Ci-*

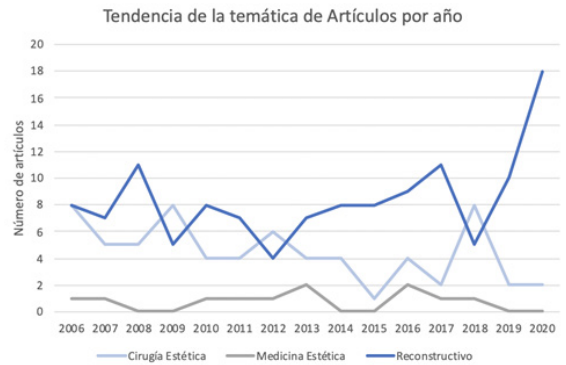


Figura 4. Gráfico que muestra la tendencia de la temática de artículos en los últimos 15 años. Se observa un aumento gradual en el número de artículos de Cirugía Reconstructiva, particularmente en los últimos años.

urgia Plástica y analizar las tendencias de los últimos 15 años. El período seleccionado fue en base a los números digitalizados de la revista, lo que facilitó la búsqueda de artículos.

Si analizamos el total de artículos por años, se observa que el número de publicaciones se ha mantenido constante en los últimos 15 años con ligeras variaciones (Figura 3). En cuanto a la temática de los artículos, los que tratan sobre cirugía reconstructiva fueron los más publicados, seguidos por los de cirugía estética. Si se analiza la tendencia de las temáticas de publicaciones, se observa que hay un aumento gradual en la tendencia de publicaciones de cirugía reconstructiva a la par que se observa un descenso en las publicaciones de cirugía estética, más marcado en los últimos años (Figura 4).

El otro de los puntos a analizar es la participación de los médicos en formación como autores de los artículos. La publicación científica no solo permite comunicar ideas y documentar la propiedad intelectual, sino que también favorece el aprendizaje y el pensamiento crítico<sup>3</sup>.

Publicar aumenta las posibilidades académicas, ya que el número de publicaciones y la cantidad de primera autorías son dos de los factores más importantes que se tienen en cuenta durante los procesos de aplicaciones a residencias y *fellowships*<sup>4-6</sup>. Sumado a esto, el número de publicaciones está relacionado con el rendimiento académico durante la residencia<sup>7</sup>. Todo esto demuestra que las publicaciones son una herramienta invaluable y que los programas de medicina tanto de pregrado como de posgrado deben fomentar la investigación y la escritura de artículos científicos<sup>8</sup>. A nivel latinoamericano, Navia et al.<sup>9</sup> publicaron un artículo que evaluaba la tendencia de publicaciones de todos los países miembros de la Federación Ibero Latinoamericana de Cirugía Plástica (FILACP), incluyendo Argentina. En su artículo, los autores reportan una tasa de participación de cirujanos plásticos



Figura 5. Gráfico que muestra el número de publicaciones de cirujanos plásticos en formación por año y su tendencia.

en formación de 8,4%. Sin embargo, también informan que la baja tasa se asoció a una falta de reporte de la calidad de residentes de los autores, lo que subestimó el resultado. Esto lo demostraron al revisar los artículos de los autores chilenos, comparándolos con las bases de datos del registro nacional, con lo que el por-

centaje logró aumentar de 8,4 a un 34,4%, valor que se asemeja al reportado en este trabajo.

Un punto interesante para analizar es la tendencia de participación de cirujanos plásticos en formación como autores a lo largo de los años (Figura 5). Se observa que hay una tendencia creciente de participación de los mismos con un gran aumento en los últimos años. Si se compara el promedio de artículos por residentes de los primeros 7 años con los últimos 8, se observa un aumento de más del doble (2,65 vs. 6,71).

Una de las limitaciones, al igual que en el artículo de Navia, es el reporte insuficiente de calidad de autores y su filiación. Algunos artículos no presentaban filiaciones ni categorías de autor, lo que podría haber subvalorado algunos reportes.

## CONCLUSIONES

El trabajo presenta las estadísticas y tendencias de publicaciones de los últimos 15 años de la *Revista Argentina de Cirugía Plástica*. Si bien el número de publicaciones se ha mantenido constante durante dicho período, la participación de cirujanos plásticos en formación como autores se encuentra en aumento con un adecuado nivel de participación.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Losardo, R; Conde Orellana, E. Historia de la Revista Argentina de Cirugía Plástica. *Revista de la Asociación Médica Argentina* 2013; 126: (4) 24-7.
2. Losardo, R; Conde Orellana, E. Primeros 10 años de la Revista de la Sociedad Argentina de Cirugía Plástica, Estética y Reparadora. *Rev. Arg. Ciru. Plast* 2013; 19: (4) 103-7.
3. Schein M, Farndon JR, Fingerhut A. Why should a surgeon publish? *Br J Surg*. 2000;87(1):3-5.
4. Seaburg LA, Wang AT, West CP, et al. Associations between resident physicians' publications and clinical performance during residency training. *BMC Med Educ* 2016;16(22):1-6.
5. La Grasso JR, Kennedy DA, Hoehn JG, et al. Selection Criteria for the Integrated Model of Plastic Surgery Residency. *Plast and Reconstr Surg* 2008;121(3):121-5.
6. Mellia JA, Jou C, Rath S, et al. An In-Depth Analysis of Research Output in Successful Integrated Plastic Surgery Match Applicants and Factors Associated With Matching at Top-Ranked Programs. *J Surg Educ* 2020;S1931-7204(20):30219-1.
7. Nagarkar P, Pulikkottil B, Patel A, Rohrich RJ. So You Want to Become a Plastic Surgeon? What You Need to Do and Know to Get into a Plastic Surgery Residency. *Plastic and Reconstructive Surgery* 2013;131(2):419-22.
8. Cuenca-Pardo JA, Álvarez-díaz CDJ. La importancia de publicar un artículo médico. *Cirugía Plástica México* 2013;23(3):133-5.
9. Navia A, Lopez A, Gonzalez T, et al. Tendencias y perfil de publicación de los cirujanos plásticos de los 22 países miembros de la FLACAP, revisión de los últimos 20 años. *Cir. plást. iberolatinoam* 2019;45(1):81-90.

# Educación digital en Cirugía Plástica. Una innovadora herramienta

## Digital education in plastic surgery

Aneley Porto<sup>1</sup>, Carlos Asención, Edgardo Bisquert

REVISTA ARGENTINA DE CIRUGÍA PLÁSTICA 2020;26(3):29-30. [HTTPS://DOI.ORG/10.32825/RACP/202101/0029-0030](https://doi.org/10.32825/RACP/202101/0029-0030)

### INTRODUCCIÓN

El 11 de marzo 2020 la OMS declaró como pandemia mundial al Covid-19; ello cambió drásticamente la manera de vivir, trabajar y sociabilizarse, y la educación fue también parte de este cambio. Así, se utilizaron diferentes técnicas de aprendizaje para adaptarse drásticamente y rápidamente a los cambios venideros, por lo que programas de formación debieron reorganizarse para continuar educando de diferentes maneras, entre ellas, los webinars (WB), haciendo referencia a un curso, taller, charla, a través de Internet en un formato de vídeo. Desde hace tiempo se sabe que los WB son una aceptable modalidad de enseñanza, permitiendo al participante interactuar, participar y recibir devoluciones al instante.

La autora, junto con un grupo de colegas, desarrolló Medbinars.com (MB), una innovadora página web, gratuita, que reúne eventos digitales médicos divididos en más de 20 especialidades, entre ellas Cirugía Plástica, ordenados por día y horario adaptado a cada país a través de Google calendar.

### OBJETIVOS

Revisar la plataforma MB, objetivando su utilidad para difusión de seminarios médicos, evaluando su contenido desde mayo 2020, su creación, hasta septiembre 2020.

Remarcar la necesidad de adoptar nuevas formas de educación digital.

### MATERIALES Y MÉTODOS

1. Médica. Especialista en Cirugía Plástica y Reparadora.
2. Médico. Especialista en Oftalmología.
3. Médico. Especialista en Cirugía Plástica y Reparadora.

✉ Correspondencia: Aneley Porto. [dra.aneleyporto@gmail.com](mailto:dra.aneleyporto@gmail.com)

Los autores declaran no tener conflictos de intereses

Recibido: 09/03/2021 | Aceptado: 27/03/2021

Se analizó a través de tablas y gráficos de Excel la cantidad de WB difundidos en MB de la Especialidad Cirugía Plástica desde mayo 2020 a septiembre 2020, midiendo todos los eventos publicados con la herramienta Google Analytics (GA). La información recabada por GA informa un porcentaje aproximado de audiencia, permitiendo valorar estadísticas.

### RESULTADOS

El período analizado informó un total de 68.560 usuarios que ingresaron a la página, permitiendo 962.077 visitas a diferentes páginas relacionadas con los eventos digitales publicados. Se difundieron un total de 1088 WB, en la especialidad Cirugía plástica. El 17,25% ingresó por su teléfono móvil, el resto utilizando PC o Tablet. El público femenino abarcó el 58,2%. El rango etario que prevalece es de 25-34 años con un 32,16%. Argentina, México y Brasil fueron los países con más ingresos. Se concluyó, también, que la red social más utilizada para el ingreso a MB fue Instagram, seguida de Facebook. Se muestran en los diferentes gráficos la información adquirida según la base de datos (**Figura 1, Tablas 1, 2 y 3**).

### DISCUSIÓN

La educación digital ha llegado para quedarse, y con esto debemos enfatizar los diferentes programas de formación, educación y actualización, actualizando también las herramientas para su difusión.

A diferencia de las demás plataformas educativas disponibles en la actualidad, Medbinars reúne como una agenda los eventos digitales a nivel Internacional, dividiéndolos por especialidad, con horarios adaptados a cada país por Google calendar, pudiendo también, profesionales de la salud o diferentes laboratorios sumar una gran cantidad de diversos eventos.

TABLA 1. Ranking de países. Usuarios 8370.

1. Argentina 2.351 (6,79%)
2. México 1.355 (3,92%)
3. Brazil 542 (1,57%)
4. Perú 501 (1,45%)
5. Colombia 396 (1,14%)
6. Chile 385 (1,11%)
7. Ecuador 256 (0,74%)
8. Spain 241 (0,70%)
9. United States 160 (0,46%)
10. El Salvador 145 (0,42%)

TABLA 2. El rango etario se informa en base a 1749 usuarios.

Edad	Porcentaje de audiencia
18-24	12,86%
25-34	32,16%
35-44	20,01%
45-54	10,96%
Mayor a 55	17,6%

TABLA 3. División según género.

Usuarios MB	Porcentaje
Femenino	59,8%
Masculino	40,2%

Esta plataforma *online* tiene como objetivo facilitar a médicos en formación, graduados o con años de experiencia a continuar la etapa académica y formativa, mientras los eventos presenciales no puedan realizarse, o bien sumarse como una nueva realidad educativa. Tal como lo mencionan Waltzman et al.<sup>3</sup>, los programas de residencias deberían adaptarse a nuevas tecnologías y educación digital, siendo vital desarrollar nuevas herramientas de difusión de eventos educativos para optimizar la formación académica actual y futura.

## WB TOTAL 1088

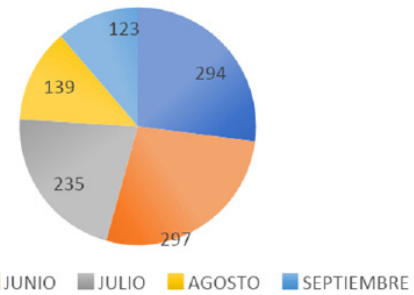


Figura 1. Cantidad total de webinars publicados en MB Cirugía Plástica.

## CONCLUSIONES

En el trabajo se concluye que MB es la única plataforma del país que reúne los eventos digitales sobre Cirugía Plástica. Puede ser utilizada como nueva herramienta gratuita para la difusión y organización de eventos científicos de la especialidad, versátil, de fácil acceso y alcance internacional.

En principio creada con el simple propósito de organizar los eventos digitales, hoy, con más de un millón de visitas desde mayo 2020, fecha de su creación, nos impulsa a seguir creciendo y sumando proyectos.

La necesidad de adoptar nuevas formas de actualización y formación no puede esperar, por lo cual es necesario realizar los cambios que sean adecuados con agilidad y compromiso.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Wagner F, Knipfer C, Holzinger D, Ploder O, Nkenke E (2019) Webinars for continuing education in oral and maxillofacial surgery: the Austrian experience. *J Craniomaxillofac Surg* 47(4):537-41.
2. Joshua T. Waltzman, MD, MBA; Kashyap K. Tadisina, MD; and James E. Zins, MD, FACS. 2015 *The Rise of Technology in Plastic Surgery Education: Is the Textbook Dead on Arrival (DOA)?*
3. Ethan Song BA. *Initial Student Perspective on Plastic Surgery Virtual Away Rotations.*
4. *Maximizing Technological Resources in Plastic Surgery Resident Education.* Ibrahim Khansa, MD and Jeffrey E. Janis, MD, FACS.
5. *Have We Passed the Peak? The COVID-19 Plastic Surgery Webinar Pandemic.* Alfonso Navia, MD, MSc; *Aesthetic Surgery Journal* 2020, Vol 40(9) NP569-NP573.
6. *Selecting and Making the Most of Online Webinars in Plastic Surgery: A New Initiative.* Abizer Kapadia. *Indian J Plast Surg* 2020;53:293-7.
7. *Attendees to the Argentine Society of Cardiology Webinars. Analysis of Variables Associated with Audience and Trend.* *Argentine Journal of Cardiology* vol 88 n° 5 october 2020
8. *Plastic surgery during the COVID-19 pandemic times* Horacio F. Mayer. *European Journal of Plastic Surgery.* <https://doi.org/10.1007/s00238-020-01685>.

# Reconstrucción de defectos de labio superior con colgajos locales. Presentación de casos y revisión bibliográfica

## Reconstruction of upper lip defects with local flaps. Case presentation and literature review

Yasmin Merech<sup>1</sup>, Carolina Auvieux<sup>1</sup>, Belén de la Fuente<sup>1</sup>, Florencia Pildain<sup>2</sup>, Gabriel Dávalos Núñez<sup>3</sup>

### RESUMEN

**Introducción.** La reconstrucción de lesiones del labio superior supone un reto para lograr conservar la función, la competencia labial y la obtención de resultado estético satisfactorio. Se estudian pacientes con lesiones malignas en labio superior y su respectivo tratamiento resectivo y reconstructivo, y se realiza revisión bibliográfica de los principios del abordaje labial y las técnicas reconstructivas con colgajos locales.

**Material y métodos.** Presentación de cuatro casos de pacientes con carcinoma basocelular en labio superior, en quienes se realiza resección con margen de seguridad y técnicas de reconstrucción en "V", en forma pentagonal, avance en VY, colgajo digital nasogeniano y colgajo de avance de mejilla según el defecto obtenido tras la escisión de la lesión cutánea maligna.

**Resultados.** Adecuada coloración y vitalidad de los colgajos, conservación de competencia labial y función de apertura y cierre bucal, cicatrices emplazadas en pliegues naturales.

**Discusión.** Evaluación de opciones reconstructivas para defectos de labio superior según bibliografía.

**Conclusión.** La reconstrucción de labio mediante las técnicas expuestas constituyen excelentes opciones para el tratamiento de defectos de hasta un tercio de longitud del labio superior, ya que conservan la competencia labial y proveen un resultado estético satisfactorio.

**Palabras claves:** labio superior, reconstrucción, colgajo pentagonal, colgajo nasogeniano, avance mejilla, competencia labial.

### ABSTRACT

**Introduction.** The reconstruction of defects of the upper lip is a challenge in order to preserve function, lip competence and obtain a satisfactory aesthetic result. Patients with malignant lesions in the upper lip and their respective resective and reconstructive treatment were studied, and a bibliographic review of the principles of the labial approach and reconstructive techniques with local flaps was carried out.

**Material and methods.** Presentation of four cases of patients with basal cell carcinoma of the upper lip, in whom resection is performed with a safety margin and reconstruction techniques in a "V" shape, in a pentagonal shape, VY advancement flap, nasogenian digital flap and cheek advancement flap.

**Results.** Adequate color and vitality of the flaps, preservation of lip competence and function of mouth, scars located in natural folds.

**Discussion.** Evaluation of reconstructive options for upper lip defects according to bibliography.

**Conclusion.** Lip reconstruction using the exposed techniques are excellent options for the treatment of defects of the upper lip, since they preserve lip competence and provide a satisfactory aesthetic result.

**Key words:** upper lip, reconstruction, pentagonal shape, VY advancement flap, nasogenian digital flap, cheek advancement flap.

REVISTA ARGENTINA DE CIRUGÍA PLÁSTICA 2020;26(3):31-36. [HTTPS://DOI.ORG/10.32825/RACP/202101/0031-0036](https://doi.org/10.32825/RACP/202101/0031-0036)

### INTRODUCCIÓN

Los defectos periorales pueden ser el resultado de traumatismos, malignidad y defectos congénitos. Los labios superiores e inferiores son esenciales para la protección y el mantenimiento de la competencia oral, permitiendo la función de la alimentación, la higiene y la sonrisa social por lo que el manejo adecuado de los defectos labiales es un desafío reconstructivo que re-

quiere una adecuada planificación preoperatoria para restaurar la función y la estética.

Inicialmente se debe identificar el alcance de la lesión y el porcentaje de tejido labial que será escindido, para lograr la adecuada planificación de la reconstrucción.

El carcinoma de células escamosas y el de células basales son las neoplasias malignas más comunes que afectan al labio.

En este trabajo se presentarán cuatro casos de pacientes con lesiones malignas en labio superior y su respectivo tratamiento resectivo y reconstructivo, y se expondrá una revisión bibliográfica de técnicas de reconstrucción labial utilizadas para lograr una competencia labial adecuada y resultado estético satisfactorio.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Entre los años 2017 y 2019, se realizó la reconstrucción labial superior de cuatro pacientes con lesión compatible con carcinoma basocelular. Las lesiones no involucran al bermellón; en dos casos alcanzan la línea muco-

1. Residente del Servicio de Cirugía Plástica. Miembros en Formación SACPER.
2. Jefe de Residentes de Cirugía Plástica. H.G.A. Dr. E. Tornú, CABA.
3. Jefe de Servicio de Cirugía Plástica. H.G.A. Dr. E. Tornú, CABA. Miembro Titular SACPER.

✉ Correspondencia: Yasmin Merech. [revista@sacper.org.ar](mailto:revista@sacper.org.ar)

Los autores declaran no tener conflictos de intereses

Recibido: 14/02/2021 | Aceptado: 06/04/2021





**Figura 1.** A, B y C: dos lesiones EBC en labio superior, lesión derecha se marca en forma pentagonal y conformación de colgajo digital de base superior para escisión de lesión izquierda. D,E,F: escisión de espesor total de lesión labial superior derecha de 2,5 x 2,2 cm, escisión de triángulo de piel y TCS en porción superior del defecto, cierre en plano mucoso, muscular y cutáneo. G,H,I: escisión de lesión izquierda de 1,7 x 1,7 cm. Conformación de colgajo digital de piel y TCS de base superior cabalgada sobre surco nasogeniano que se transpone para cubrir defecto labial, resección de pequeño triángulo en su extremo y sutura con puntos separados. J: postoperatorio inmediato, K: postoperatorio a los 5 días, L: postoperatorio a los 6 meses.

cutánea. Se realizó tratamiento resectivo con adecuado margen de seguridad, resección en profundidad del tejido celular subcutáneo y la reconstrucción en el mismo tiempo quirúrgico. Los procedimientos se realizaron en tres casos con anestesia local y en un caso con anestesia general.

#### CASO 1 (Figura 1).

Paciente femenina de 83 años, que presenta dos lesiones en labio superior: lado derecho en contacto con línea mucocutánea de 1,7 x 1,4 cm con resultado de biopsia incisional de carcinoma basocelular lobulado con patrón sólido y una segunda lesión en región labiogeniana izquierda de 0,9 x 0,9 cm con resultado de biopsia incisional compatible con carcinoma basocelular con patrón adenoide. Ambas lesiones de aproximadamente 1 año de evolución. Se realiza la escisión con margen de 5 mm, obteniendo un defecto de 2,7 x 2,4 cm de espesor total en labio superior lateral derecho y de 1,9 x 1,9 cm involucrando la totalidad del tejido subcutáneo y piel en la región nasogeniana izquierda. Para la reconstrucción del defecto labial derecho, se confecciona una cuña con escisión de un triángulo de piel en el borde superior del defecto y se realiza el cierre en plano mucoso, muscular y cutáneo. Para el de-

fecto del labio blanco izquierdo, se confecciona un colgajo digital de transposición de Dieffenbach, subcutáneo, de base superior que se cabalga sobre el surco nasogeniano. Se realiza cierre en plano subcutáneo y piel.

#### CASO 2 (Figura 2)

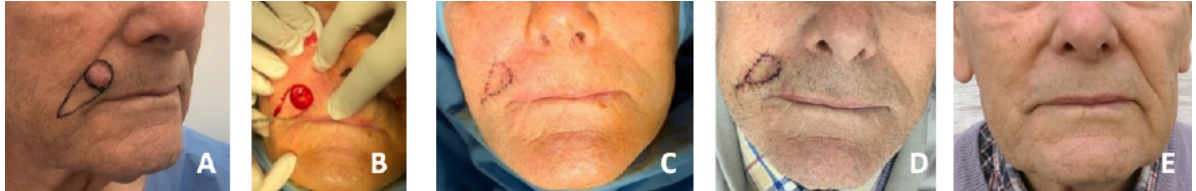
Paciente femenina de 88 años que presenta lesión de 2 años de evolución en labio superior izquierdo de 1 x 0,6 cm con anatomía patológica de biopsia incisional que informa carcinoma basocelular sólido cordonado ulcerado. Por ser considerado de alto riesgo se realiza escisión de lesión con margen de 5 mm, obteniéndose un defecto de 2 x 1,6 cm con profundidad de todo el tejido celular subcutáneo. Se diseña un colgajo de avance de mejilla con resección triangular del defecto con base superior y resección de una elipse del área paranasal, logrando el avance sin tensión del colgajo.

#### CASO 3 (Figura 3)

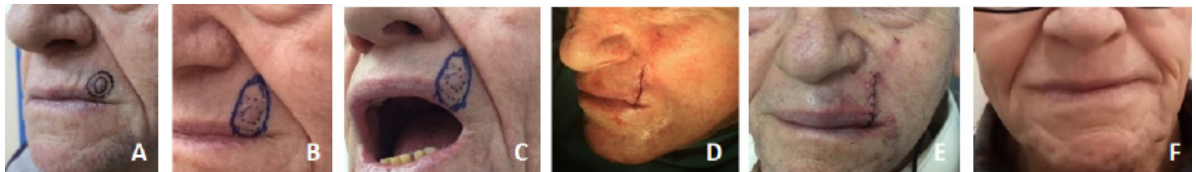
Paciente masculino de 84 años, que presenta lesión en labio superior derecho cercana al surco nasogeniano de 6 años de evolución con aumento progresivo de tamaño de 1,2 x 1,1 cm. La biopsia incisional informa carcinoma basocelular sólido infiltrante. Se realiza escisión con margen de 5 mm obteniéndose un defecto de 2,2



**Figura 2.** A, B: lesión EBC labio blanco superior de 2 x 1,6 cm. Se confecciona colgajo de avance de mejilla conformando un triángulo que incluye la lesión y reseca un triangulo-perialar de piel y TCS. C: 1° día postoperatorio. D: 5° día pop, E: 6° mes postoperatorio.



**Figura 3.** A, B: Marcación de lesión labiosogénica con margen y triángulo de piel labial. Exéresis del defecto y avance en VY del colgajo de piel y TCS. Sutura. C: postoperatorio inmediato. D: postoperatorio a los 5 días. E: postoperatorio a los 6 meses.



**Figura 4.**

x 2,1 cm. Se diseña un triángulo cuya base constituye una cara del defecto y se realiza un colgajo en VY de piel y tejido celular subcutáneo.

#### CASO 4 (Figura 4)

Paciente masculino, de 78 años que presenta lesión de tres años de evolución en labio superior limitando sobre línea mucocutánea de 0,9 x 0,5 cm con biopsia incisional compatible con carcinoma basocelular lobulado. Se realiza escisión de lesión cutánea con margen de 5 mm, con obtención de un defecto de 1,9 x 1,5 cm que se reseca en forma pentagonal y dirección vertical hasta el tejido subcutáneo. Cierre de piel en dos planos.

#### RESULTADOS

Se realizaron controles seriados durante el postoperatorio inmediato, y hasta el año de la cirugía. Los pacientes presentaron buena evolución postoperatoria y adecuada vitalidad de los colgajos. La paciente del caso número 2 presentó una sufusión hemática en el posoperatorio inmediato con resolución con tratamiento antiinflamatorio. La paciente del caso número 1 requirió escisión de espesor total de la lesión labial derecha con posterior reconstrucción y sutura del músculo orbicular de ambos colgajos labiales; en los 3 casos restantes, la resección respetó la integridad del músculo orbicular.

Las cicatrices quirúrgicas fueron emplazadas respetando subunidades estéticas y líneas de tensión de la piel relajada, logrando resultado estético satisfactorio en la mayoría de los pacientes. La paciente del caso número

2 (colgajo de avance de mejilla), presentó asimetría del surco nasogeniano asociado a elevación del bermellón del labio superior homolateral, ambos defectos mejoraron en apariencia espontáneamente a los 6 meses del posoperatorio. Todos los pacientes presentaron adecuada función sensitiva y motora con competencia labial óptima.

#### DISCUSIÓN

Los labios son susceptibles de cambios neoplásicos en las tres zonas epiteliales. Los tumores desarrollados en el margen rojo de los labios son carcinomas escamosos, carcinomas de células basales, melanoma maligno y tumores dependientes de tejido salival. El carcinoma basocelular proviene generalmente de la piel adyacente y habitualmente se ubica en el labio superior, raramente se encuentra en el bermellón. El tratamiento debe ser eficaz de entrada, ya que la recidiva hace que la resección sea mutilante. La escisión no debe ser minimizada por motivos estéticos. Ante tratamientos primarios incompletos las recidivas son frecuentes.

El conocimiento anatómico es imprescindible para una adecuada reconstrucción. En ella es necesario el restablecimiento de la continuidad del músculo orbicular labial, para evitar formación de hoyuelos y cicatrices, y la conservación o reparación de las estructuras nerviosas que otorgan función sensitiva y motora a los labios. La irrigación labial depende de la arteria facial que se ramifica en arterias labiales superior e inferior, ubicadas entre el músculo orbicular y la mucosa del labio a una distancia aproximada de 3 mm del bor-

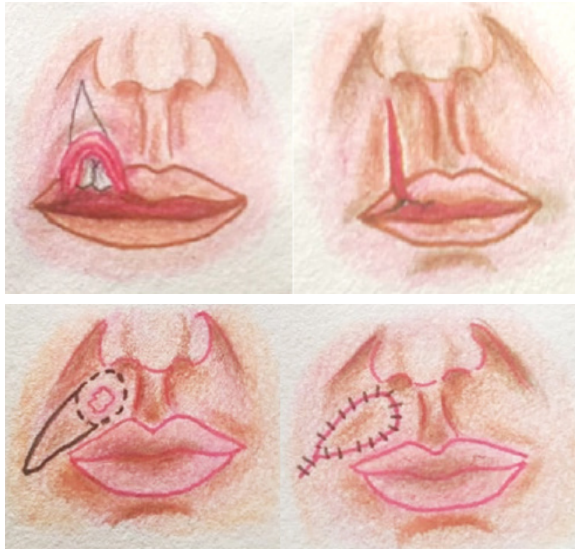


Figura 5. Fila superior: cierre en "v"; fila inferior: avance VY. Autor: Yasmin Merech

de libre. El drenaje venoso suele ser concomitante con el flujo arterial. El labio superior está vascularizado por las arterias coronarias superiores, que a menudo son asimétricas, predominando en un lado en el 80% de los casos. Múltiples colaterales directas de la arteria facial se proyectan en el surco nasogeniano<sup>1</sup>.

Los límites topográficos y subunidades estéticas se deben tener en cuenta para mantener la apariencia estética natural del labio. El labio superior presenta subunidades medial y lateral, separadas por el *filtrum*<sup>2</sup>. La conservación de la simetría del arco de Cupido evitará la distorsión de la base nasal. Los límites estéticos de las subunidades –el pliegue melolabial, el pliegue mental y las crestas filtrales– deben conservarse y utilizarse para ayudar a camuflar las cicatrices. Si se compromete parte sustancial de alguna subunidad estética, puede ser mejor alternativa el reemplazo de la subunidad en su totalidad. Las cicatrices verticales son favorables por la dirección de las líneas de tensión y para prevenir una cicatrización inestética.

Los defectos labiales se pueden dividir en defectos de *bermellón*, defectos de espesor parcial (cutáneos), defectos de menos de un tercio, defectos entre un tercio y dos tercios de la longitud total y defectos totales del labio.

Los principios básicos en cirugía labial incluyen restaurar la apertura y función del esfínter labial adecuados, de modo que permitan la alimentación, la higiene dentaria, colocación de prótesis si se requiere, alcanzando un aspecto estético aceptable; la reconstrucción de cada una de las capas anatómicas perdidas; de preferencia utilizar colgajos que mantengan inervación impidiendo la pérdida constante de saliva por las comisuras y acumulación de alimentos en el surco gingivolabial. La reconstrucción debe realizarse en el mismo procedimiento ablativo siempre que sea posible y asegurar la continuidad muscular para el restablecimiento de la competencia oral<sup>2</sup>. Idealmente, el labio recons-

truido debe presentar cicatrices disimuladas y lograr proyección y grosor semejantes al labio normal con altura adecuada para ocultar los dientes.

Los tejidos más adecuados para la reconstrucción son el remanente labial (cierre primario), el labio opuesto, la mejilla y los tejidos vecinos. Se recomiendan las suturas directas, únicamente para lesiones pequeñas<sup>3</sup>.

Los defectos pequeños de espesor total (<2 cm), que afectan de un cuarto a un tercio de la longitud del labio, son pasibles de cierre primario. Hasta un tercio del labio inferior puede ser resecado sin producir secuelas funcionales en la boca, por lo que este es ideal para reconstrucción de defectos en labio superior, teniendo en cuenta su estructura tridimensional similar y los vasos labiales cerca de su margen.

Los defectos perilabiales de espesor parcial pueden cerrarse mediante cierre primario (si son menores a 1 cm) o con colgajos de transposición local, en este último solo se utiliza la piel y el tejido subcutáneo, la musculatura facial subyacente debe permanecer intacta. Al realizar escisiones de lesiones que comprometen el *bermellón*, la escisión del labio blanco permite la simetría en el cierre primario, realizando la misma en forma de V, W o pentagonal.

Los defectos de espesor total requieren reconstitución de la piel, músculo orbicular y mucosa con énfasis en la restauración de la continuidad del esfínter muscular. En el labio superior es posible la sutura directa para pérdidas de sustancia de menos de un tercio de la longitud. Las pérdidas de sustancia triangular provocan un alargamiento antiestético del labio durante su sutura que puede ser atenuado, a nivel lateral del labio superior (hacia el surco nasogeniano), realizando un triángulo de exéresis de gran altura para equilibrar la longitud de los bordes y limitar así este aumento de altura. En las regiones medial y paramedial del labio superior se prefiere la escisión rectangular para obtener la altura exacta del labio en la zona a reparar y no deformar el *filtrum*.

Las incisiones deben planificarse a lo largo de las líneas de tensión de la piel relajada orientadas verticalmente en la línea media y más radialmente a medida que se avanza lateralmente. El cierre del *bermellón* debe ser meticuloso, tanto en la parte anterior como en la posterior, lo que evita disparidad en el tamaño y la forma de un lado del labio al otro.

Se describirán opciones para la reconstrucción de defectos que involucran aproximadamente un tercio del labio blanco superior. Las mismas incluyen resección en V y cierre primario, colgajo en VY, colgajo de avance de mejilla (Webster) y colgajo digital nasogeniano (Dieffenbach).

Los defectos que son demasiado grandes para ser cerrados por escisión en *cuña*, V o W, pero que no se extienden más allá de un tercio de la longitud del labio, pueden cerrarse con colgajos opuestos de avance del labio.

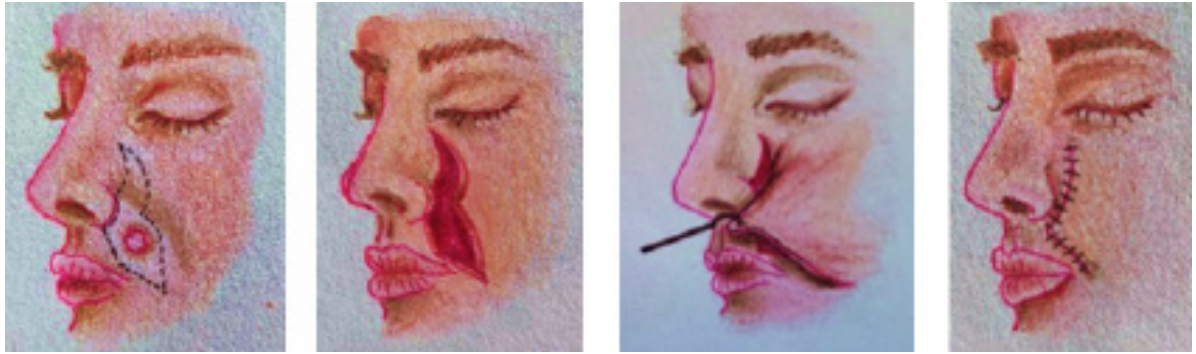


Figura 6. Colgajo de avance de mejilla. Autor: Yasmin Merech

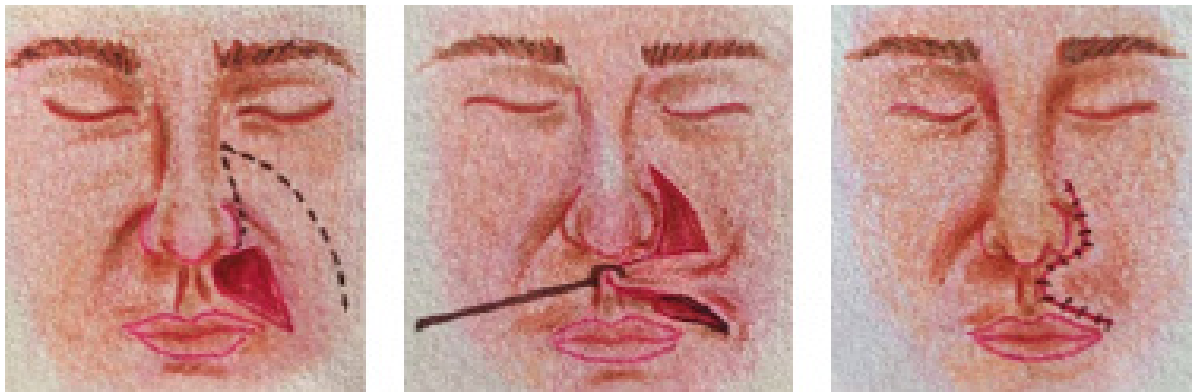


Figura 7. Colgajo digital. Autor: Yasmin Merech

En el labio superior, se realizan escisiones perialesares en forma de media luna para facilitar el avance de los colgajos.

Las escisiones en forma de “V”, bloque o cuña con cierre primario abarcan piel, músculo y mucosa (Figura 5 A). Se pueden realizar en defectos del labio superior menores a un tercio de longitud y el vértice de la escisión no debe extenderse más allá del pliegue nasogeniano<sup>4</sup>. Cuando el vértice de la escisión viola el pliegue, se opta por una incisión en forma de W.

El colgajo de avance nasolabial de Webster o avance de mejilla (Figura 6) permite el cierre de pérdidas de sustancia pequeñas del tercio lateral del labio blanco. Se asocia una escisión cutánea en semiluna alrededor del ala nasal, y una escisión yuxtacomisural, con amplio despegamiento yugal subcutáneo que permite el avance de mejilla y sutura sin tensión. El músculo es íntegramente respetado, así como su inervación. Utilizado de modo unilateral permite reconstruir pérdidas de sustancia paramedial y de manera bilateral se utiliza para pérdidas de sustancia medial. Como inconveniente puede provocar un retroceso del labio superior y asimetría del surco nasogeniano.

El colgajo nasogeniano o digital (Dieffenbach) (Figura 7) produce escasas secuelas cicatrizales en la mejilla y permite reconstrucción con piel vecina de buena calidad. Los colgajos de transposición que se toman a nivel del surco nasogeniano se utilizan preferentemente con pedículo inferior. La conformación a pedículo superior es más rara. Presenta la ventaja de permitir la toma de

una porción pilosa más parecida a la textura labial. [3] Los límites del colgajo no deben ser arciformes sino en ángulo agudo para limitar la tendencia a la retracción. El colgajo es cabalgado sobre el surco nasogeniano y puede ser tallado lo suficientemente ancho para lograr cobertura de una zona extensa de la línea de unión cutáneo mucosa hasta el pie del ala nasal y la cresta filtral, involucrando la casi totalidad de la unidad estética. Cuando la pérdida de sustancia se sitúa en la región paramedial, el pedículo puede ser subcutáneo. El colgajo está basado en ramas terminales de la arteria angular, se usa principalmente para defectos parciales y laterales del labio superior. Estos colgajos están diseñados con un suministro de sangre cuasiaxial y es posible que deban ser suministrados por la arteria facial si el tamaño es apropiado<sup>2,5</sup>. El colgajo de avance en V-Y de piel del labio superior adyacente (Figura 5 B) basado en un pedículo de tejido subcutáneo es ideal para reconstrucción de defectos de labio superior laterales, mayores de 1 cm de diámetro, de espesor parcial y sin involucrar bermellón. La ubicación de las cicatrices es en bordes estéticos y permite el avance de piel de grosor y características similares hacia el labio superior. Se mantiene la competencia del esfínter oral y la función nerviosa. Dado el pedículo subcutáneo robusto, este colgajo es una opción confiable para la reconstrucción. La movilización del colgajo en la isla en región adyacente al modiollo permite avanzar tejido hasta y ligeramente más allá del filtrum. Poseen la ventaja de no presentar complicaciones como cicatrices retraídas o hipomovilidad.

## CONCLUSIÓN

La reconstrucción de defectos en labio superior por lesiones malignas requiere adecuada planificación preoperatoria, una correcta estadificación con determinación de márgenes de seguridad apropiados y evitar minimizar la exéresis por motivos estéticos.

Debe tener como finalidad la restauración de la función labial adecuada, apertura y cierre bucal, con reconstrucción de todas las capas anatómicas asegurando la continuidad muscular orbicular y el restablecimiento de la competencia oral, prefiriendo siempre col-

gajos que mantengan la inervación, emplazando cicatrices disimuladas y con resolución preferible en el mismo tiempo quirúrgico.

La reparación funcional y estética de los labios puede obtenerse con la adecuada aplicación de los principios descriptos y de acuerdo con distintas posibilidades reconstructivas. Consideramos que las técnicas de resección en V y pentagonal, el colgajo en VY, el avance de mejilla y el colgajo digital de transposición son técnicas seguras y eficaces para la reconstrucción del labio blanco superior, permitiendo conservar la competencia labial y un resultado estético adecuado.

---

## BIBLIOGRAFÍA

1. Bessede JP, Sannajust JP, Vergnolles V. Cirugía de los tumores de los labios. *Enciclopedia Médico Quirúrgica. Cirugía Otorrinolaringológica y cervicofacial. Elsevier. E 46-238, 2008.*
2. Dr. Héctor L. Lanza, Dr. Ernesto A. Cavaliere, Dr. Jhonatan Vazquez Albornoz. *Reconstrucción quirúrgica de los labios*
3. G Payement; JL Cariou; D Cantaloube; A Bellavoit. *Cirugía reparadora de los labios. Enciclopedia Médico Quirúrgica. Elsevier E 45-555, 2000.*
4. Coppit GL, Lin DT, Burkey BB. *Current concepts in lip reconstruction. Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg 12:281, 2004.*
5. Bardia A Anvar, Brandon CD Evans, Gregory RD Evans. *Lip Reconstruction. Plast Reconstr Surg 120: 57e, 2007.*
6. Bocchi A, Baccarani A, Bianco G, Castagnetti F, Papadia F. *Double V-Y advancement flap in the management of lower lip reconstruction. Ann Plast Surg 51:205, 2003.*
7. Langstein HN, Robb GL. *Lip and perioral reconstruction. Clin Plast Surg 32:431, 2005.*
8. Hurwitz DJ. *Composite Upper Lip Repair with V-Y Advancement Flaps. Plastic and Reconstructive Surgery 1990;85(1):120-2.*
9. Russo de la Torre F. *Colgajo de avance para la reconstrucción de labio superior. Actas Dermosifiliogr 1999;90:43-6.*

# Orejas en asa. Presentación de casos y revisión bibliográfica

## Earpining. Presentation of cases and bibliographic review

de la Fuente B<sup>1</sup>, Huaman Ríos A<sup>1</sup>, Auvieux C<sup>1</sup>, Dionisio N<sup>2</sup>, Dávalos G<sup>3</sup>

### RESUMEN

Las orejas prominentes se deben a una o varias anomalías congénitas que pueden asociarse entre sí en grados diversos. Los pabellones auriculares son considerados demasiado visibles tanto por la falta de plegamiento del antihélix, la apertura del ángulo cefaloconchal y la hipertrofia de la concha, según la clasificación de Davis. Son un problema estético frecuente, observándose en el 5% de la población. El conocimiento de la anatomía del pabellón normal y de los criterios antropométricos es indispensable. El grosor del cartílago condiciona la rigidez y la elasticidad del pabellón, mientras que sus relieves definen la forma y la posición. La finalidad en la otoplastia es corregir estas anomalías, remodelando el cartílago para obtener unas orejas con una plicatura adecuada, situadas y orientadas según parámetros estéticos, simétricas, con un tamaño y aspecto natural. Se pueden combinar distintos procedimientos quirúrgicos los cuales deben ser simples, rápidos, tener un resultado armonioso y duradero. Se realizó una revisión retrospectiva entre los años 2018 a 2020 en el Servicio de Cirugía Plástica del Hospital Tornú, en la que se presentan 4 casos de orejas prominentes a los cuales se les realizaron diferentes técnicas quirúrgicas de otoplastia (Davis, Stentstrom y Furnas). El total de los pacientes (n=4) tratados presentó un resultado satisfactorio tanto para el paciente como para el equipo quirúrgico, sin complicaciones significativas. La resolución quirúrgica de las orejas prominentes puede realizarse mediante numerosas técnicas; estas se dividen entre aquellas que realizan un procedimiento agresivo sobre el cartílago (resectivas) y las que intentan ser más conservadoras, sin resección del mismo para evitar al máximo las complicaciones. La diversidad de enfoques indica que no existe una técnica definitiva para corregir estos problemas. Las orejas prominentes o en asa, si bien no presentan alteraciones funcionales, tienen consecuencias sobre los efectos estéticos y psicológicos en el paciente que pueden ser sustanciales. Es importante conocer su base anatómica y realizar una adecuada evaluación, elegir técnicas para la corrección de la deformidad y conocer las posibles complicaciones del procedimiento para obtener un buen resultado estético y duradero.

**Palabras claves:** orejas prominentes, otoplastia, técnicas resectivas.

### ABSTRACT

Prominent ears are due to one or more congenital anomalies that may be associated with each other to varying degrees. The pinnae are considered too visible due to the lack of folding of the antihelix, the opening of the cephalo-conchal angle and the hypertrophy of the concha, according to the Davis classification. They are a frequent esthetic problem, being observed in 5% of the population. Knowledge of normal pinna anatomy and anthropometric criteria is essential. The thickness of the cartilage determines the rigidity and elasticity of the pinna, while its relief defines its shape and position. The purpose of otoplasty is to correct these anomalies, remodeling the cartilage to obtain ears with an adequate plication, positioned and oriented according to aesthetic parameters, symmetrical, with a natural size and appearance. Different surgical procedures can be combined, which must be simple, fast, have a harmonious and lasting result. A retrospective review was performed from 2018 to 2020 in the Plastic Surgery Department of the Tornú Hospital, presenting 4 cases of prominent ears which underwent different otoplasty surgical techniques (Davis, Stentstrom and Furnas). The total number of patients (n=4) treated presented a satisfactory result for both the patient and the surgical team without significant complications. Surgical resolution of protruding ears can be performed by numerous techniques, divided between those that perform an aggressive procedure on the cartilage (resective) and those that try to be more conservative, without resection of the cartilage to avoid complications as much as possible. The diversity of approaches indicates that there is no definitive technique to correct these problems. Prominent or protruding ears, although they do not present functional alterations, the consequences on the esthetic and psychological effects on the patient can be substantial. It is important to know their anatomical basis and to perform an adequate evaluation, to choose techniques for the correction of the deformity and to know the possible complications of the procedure in order to obtain a good esthetic and lasting result.

**Key words:** prominent ears, otoplasty, resective techniques.

REVISTA ARGENTINA DE CIRUGÍA PLÁSTICA 2020;26(3):37-39. [HTTPS://DOI.ORG/10.32825/RACP/202101/0037-0039](https://doi.org/10.32825/RACP/202101/0037-0039)

### INTRODUCCIÓN

Las orejas prominentes se deben a una o varias anomalías congénitas en el desarrollo auricular según la clasificación de Tanzer, donde pueden asociarse entre sí en grados diversos. La etiología y patogenia de estas anomalías no se conocen con detalle, son esporádicas en la mayoría de los casos y suelen

ser bilaterales. Los pabellones auriculares son considerados demasiado visibles respecto al plano cefálico. Son un problema estético frecuente, observándose en el 5% de la población<sup>2</sup>. El conocimiento de la anatomía del pabellón normal y de los criterios antropométricos es indispensable. La finalidad en la otoplastia es corregir estas anomalías reduciendo el tamaño de la concha auricular, remodelando el cartílago para obtener unas orejas con una plicatura adecuada del antihélix logrando un ángulo escafoconchal de 90°, situadas y orientadas según parámetros estéticos, simétricas, con un tamaño y aspecto natural. El surco del hélix y el surco retroauricular son las zonas de sombra de la oreja y los sitios donde mejor se esconden las incisiones. Se pueden combinar distintos procedimientos quirúrgicos, técnicas resectivas y remodeladoras, que deben ser simples, rápidos, tener un resultado armonioso y duradero<sup>4</sup>.

1. Residente del Servicio de Cirugía Plástica.
2. Cursista 3° año UBA
3. Jefe de Servicio de Cirugía Plástica. H.G.A. Dr. E. Tornú, CABA.

✉ Correspondencia: Belen de la Fuente. [revista@sacper.org.ar](mailto:revista@sacper.org.ar)

Los autores no declaran conflictos de intereses

Recibido: 12/03/2021 | Aceptado: 17/03/2021



Figura 1. A) Marcación preoperatoria. B) Medición de la hipertrofia de la concha auricular. C) Intraoperatorio.



Figura 2. Preoperatorio y posoperatorio.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una revisión retrospectiva entre los años 2018 a 2020 en el Servicio de Cirugía Plástica del Hospital Tornú en la que se presentan 4 casos de pacientes con orejas prominentes que al examen físico presentaron hipertrofia de la concha auricular, falta del pliegue del antihélix y protrusión del lóbulo, a los cuales se les realizaron diferentes técnicas quirúrgicas de otoplastia de forma ambulatoria y con anestesia local. Para la hipertrofia de la concha auricular utilizamos la técnica resectiva de Davis, en cuanto a la falta de pliegue del antihélix elegimos la técnica remodeladora de Stentstrom y para el tratamiento de la protrusión del lóbulo auricular puntos de fijación según la técnica de Furnas.

## RESULTADOS

Todos los pacientes (n=4) tratados presentaron un resultado estético satisfactorio, ausencia de ulceración, necrosis o infección del sitio quirúrgico. No se observó cambios en la sensibilidad de la oreja ni trastornos de la cicatrización (Figuras 1 a 4).

## DISCUSIÓN

La resolución quirúrgica de las orejas prominentes puede realizarse mediante numerosas técnicas, estas se dividen entre aquellas que realizan un procedimiento agresivo sobre el cartílago (resectivas) y las que intentan ser más conservadoras, sin resección, para evitar al máximo las complicaciones<sup>5</sup>. Se adapta a cada caso para obtener el mejor resultado. Es un procedimiento que puede realizarse de forma ambulatoria, con anestesia local, mediante un bloqueo auricular e hidrodisección. Se realiza un abordaje auricular posterior en huso para esconder la cicatriz lo mejor posible en el surco auriculocefálico. El modelado del antihélix es un punto clave de la intervención quirúrgica. El objetivo es reproducir esta plicatura con un relieve natural. La técnica elegida de Stentstrom se basa en el principio de Gibson y Davis, donde al incidir el pericondrio anterior del cartílago, se rompe la banda fibroelástica de modo que esta se retrae en sentido contrario por acción del pericondrio sano (o posterior) que ejerce fuerza de tracción centrípeta logrando así formar los pilares del antihélix<sup>6</sup>. En la corrección de la hipertrofia de la concha auricular resulta importante resecar el mismo en forma de “medialuna” o “riñón” por el grosor que presenta, donde una técnica remodeladora no bastaría solamente para su corrección, fijándola a periostio mastoideo con puntos en “U” con sutura irreabsorbible nylon 3/0. El inconveniente de las técnicas que no realizan resección cartilaginosa es el mayor porcentaje de recidiva de la deformidad<sup>7</sup>. Es importante destacar el rol del ferulado con gasas embebidas en yodopovidona y vendaje compresivo posoperatorio por una semana con control estricto para detectar un hematoma que podría causar infección o ulceración<sup>8</sup>. Después, se aconseja el uso de una banda para las orejas durante 15 días (las 24 horas del día), y después 15 días solo por la noche. Distintos autores comparan las técnicas para el tratamiento de defectos del antihélix sin encontrar diferencias estadísticamente significativas entre los resultados de unas y otras, aunque apuntan que las técnicas conservadoras de cartílago producen una curvatura más natural y estética de la oreja<sup>9</sup>. La



Figura 3. A) Preoperatorio. B) Medición de la hipertrofia de la concha auricular. C) Resultado posoperatorio.



Figura 4. A) Preoperatorio. B) Medición de la hipertrofia de la concha auricular. C) Resultado posoperatorio.

protrusión del lóbulo se puede modificar en ciertos casos ampliando la resección cutánea posterior hacia caudal con diseño en cola de pescado y utilizando la técnica de Furnas realizar un punto de sutura de anclaje pasando por el tejido fibroadiposo del lóbulo a la inserción adyacente del músculo esternocleidomastoideo y a la fascia mastoidea permitiendo corregir la prominencia excesiva<sup>10</sup>.

## CONCLUSIÓN

Las orejas prominentes o en asa, si bien no presentan alteraciones funcionales, tienen consecuencias sobre los aspectos estéticos y psicológicos en el paciente

que pueden ser sustanciales. Se requiere al menos un plazo de 6 meses para apreciar el resultado final. Este se evalúa comparando las fotografías pre- y posoperatorias realizadas desde un mismo ángulo. Es importante conocer su base anatómica y realizar una adecuada evaluación, elegir técnicas para la corrección de la deformidad y conocer las posibles complicaciones del procedimiento para obtener un buen resultado estético y duradero. No hay por ello una técnica ideal, sino una o varias para cada tipo de malformación. Muchas veces hay que combinar dos o más procedimientos para un mismo paciente. Es claro que no se pueden resolver todos los casos con la misma técnica quirúrgica.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Cirugía de las orejas prominentes. Thomassin JM, Magalon G, Bardot J et Braccini F. *Chirurgie des oreilles décollées. Encycl Méd Chir Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris, Techniques chirurgicales –Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, 45-527, 2000, 16 p.*
2. Otoplasty Janis JE, Rohrich RJ, Gutowski KA. *Plast Reconstr Surg* 2005;115(4):60e.
3. Stenström S. The Stenström otoplasty. *Clin Plast Surg* 1978;5:465-8.
4. Stenström S. A «natural» for correction of congenitally prominent ears. *Plast Reconstr Surg* 1963;32:508-18.
5. Schultz S, Christian M. Reconstrucción auricular. *Cuad Cir (Valdivia)*. 2003;17:75-85.
6. Becker OJ. Surgical correction of the abnormally protruding ear. *Arch Otolaryngol* 1949;50:541-60.
7. Chongchet V. A method of antihelix reconstruction. *Br J Plast Surg* 1963;16:268-72.
8. Stark H. Otoplastik mit dem CO<sub>2</sub> Laser. *Laryngol Rhino-Otologie* 1991;70:652.
9. *Ear Deformities, Otoplasty, and Ear Reconstruction.* Charles H. Thorne, M.D. Gordon Wilkes, M.D. Edmonton, Alberta, Canada; and New York, N.Y. *Plast. Reconstr. Surg.* 129: 701e, 2012.
10. Corzo A, Castañeda A, Grajeda P. Otoplastia directa: colgajo pericondrio-cutáneo. *Cir Plast* 2000;10:16-25.



# Reconstrucción del pene oculto del adulto: experiencia en un mismo centro

## Adult Buried Penis Reconstruction: a single center experience

Juárez Calvi R<sup>1</sup>, Ahualli PE<sup>2</sup>, Achával Rodríguez J<sup>1</sup>, Prezzavento G<sup>3</sup>

### RESUMEN

**Introducción.** El pene oculto del adulto se presenta como una patología con prevalencia en ascenso, por el incremento de pacientes obesos y diabéticos. Representa un desafío para la reconstrucción en cirugía plástica y urología. El objetivo de este trabajo es describir la experiencia del Hospital Alemán de Buenos Aires en la resolución quirúrgica de esta patología.

**Métodos y resultados.** Durante el año 2019 se realizaron dos cirugías reconstructivas de pacientes con pene oculto del adulto a cargo del Servicio de Cirugía Plástica del Hospital, en conjunto con el Servicio de Urología. El procedimiento fue segmentado en tres partes: Liberación del cuerpo peneano del pániculo adiposo, dermolipectomía suprapúbica, y finalmente injerto del pene con piel de espesor total. El tiempo promedio de cirugía fue de 4 horas, sin complicaciones intraoperatorias. En ambos casos hubo prendimiento parcial del injerto, con la necesidad de tratamiento tópico con crema de colagenasa para estimular la cicatrización por segunda intención. La satisfacción funcional de los pacientes fue del 100% en ambos casos; la satisfacción estética fue incompleta. La recuperación de la erección y la función sexual fue completa para ambos.

**Conclusiones.** La reconstrucción del pene oculto del adulto implica el trabajo multidisciplinario sobre una patología con resolución quirúrgica, con buenos resultados funcionales, aunque no exento de complicaciones estéticas.

**Palabras claves:** Pene oculto del adulto, pene escondido, pene enterrado.

### ABSTRACT

**Introduction.** Adult buried penis represents a disease with increasing prevalence, after the ascending incidence of obese and diabetic patients. It represents an urologic and plastic surgery challenge. The aim of this paper is to describe the experience of German Hospital in Buenos Aires on the surgical resolution of this pathological entity.

**Methods and results.** During year 2019 two adult buried penis surgeries were held by the Plastic Surgery service, with participation of the Urology service. The procedure was divided in three steps: Release of the penis from the adipose pannicle; suprapubic dermolipectomy; and finally full-thickness skin graft on the penis body. The average surgery time was four hours. In both cases there was partial intake of the skin graft, which needed collagenase topical treatment to stimulate second intention healing. Functional satisfaction was 100% in both cases; aesthetical satisfaction was incomplete. Recovery of penile erection and sexual function was complete in both cases.

**Conclusions.** Adult penis reconstruction implies an interdisciplinary work on a surgically correctable anomaly, with good functional results, although not exempt of aesthetical complications.

**Key words:** adult buried penis, hidden penis, concealed penis, morbid obesity, adipositas, lichen sclerosus et atrophicans, balanitis xerotica obliterans, postbariatric, pubic lift.

REVISTA ARGENTINA DE CIRUGÍA PLÁSTICA 2020;26(3):40-43. [HTTPS://DOI.ORG/10.32825/RACP/202101/0040-0043](https://doi.org/10.32825/RACP/202101/0040-0043)

### INTRODUCCIÓN

El pene atrapado, invisible o escondido en el paciente adulto se describe como una patología prevalente en el obeso y el postbariátrico<sup>1</sup>. Su frecuencia ha aumentado en paralelo al ascenso de la diabetes y la obesidad en la población adulta, y no resuelve con la pérdida de peso<sup>2,3</sup>. Resulta de la conjunción de dismorfismos perigenitales resultantes de la obesidad: exceso de pániculo dermograso abdominal y supra púbico, retraimiento y ocultamiento de la fascia dartos (continuación peneana de la fascia de Scarpa abdominal), retracción peneana total y fibrosis, y alteración del retorno venoso local

con linfedema escrotal<sup>4</sup>. En 2018 Mirastschijski et al. definieron y clasificaron la patología<sup>1</sup> (**Tabla 1**).

Clásicamente, los pacientes se presentan con infección local recurrente por microambiente húmedo, liquen escleroso atrófico (por inflamación crónica), fimosis y una mayor predisposición al cáncer de pene, por lo que el tratamiento es menester<sup>1,5</sup>. El objetivo de este trabajo es describir los resultados de la reconstrucción peneana en dos pacientes con diagnóstico de pene oculto del adulto, en un único centro.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Se reclutaron los pacientes operados durante el 2019. La técnica quirúrgica se asemeja a lo descrito por Alter et al.<sup>2</sup> para pene oculto grado III de la clasificación ya mencionada. Se realizó bloqueo radicular en ambos casos; la posición utilizada fue el decúbito dorsal con las piernas abducidas y elevadas 30°, similar a la posición de Lloyd Davis, para permitir al primer cirujano trabajar entre las piernas del paciente. Se inició con la resección de la cicatriz y fimosis peneana, y la liberación del cuerpo del mismo de la grasa prepúbica. Utilizamos una sonda vesical Foley para manipular la movilidad del pene y facilitar la disección. A continuación, realizamos la dermolipectomía suprapúbica con bisturí

1. Residente Cirugía Plástica. Hospital Alemán. CABA. Miembro en formación SACPER.
2. Cirujano Plástico. Hospital Alemán. CABA. Miembro titular SACPER.
3. Jefe de Cirugía Plástica. Hospital Alemán CABA. Miembro titular SACPER.  
Hospital Alemán. CABA. Rep. Argentina.

✉ **Correspondencia:** Rodrigo Juárez Calvi. Tel.: +54 1141947134. [rodrigojuarezcalvi@gmail.com](mailto:rodrigojuarezcalvi@gmail.com)

Los autores no declaran conflictos de intereses

Recibido: 17/03/04 | Aceptado: 04/04/2021

TABLA 1. Clasificación de pene oculto del adulto. Adaptación de Mirastschijski *et al.*<sup>1</sup>

Tipo	Nomenclatura	Descripción	Tratamiento
1	Pseudo pene oculto	Panículo prepúbico en exceso que esconde el pene, sin invaginación.	Dermolipectomía prepúbica.
2	Intermedio	A lo anterior se agrega invaginación parcial del pene. La extrusión manual es posible (Figura 1).	Dermolipectomía prepúbica y extrusión del pene con puntos de anclaje al pubis.
3	Pene oculto clásico	Invaginación completa del pene que no se extruye con maniobras digitales.	A lo anterior se agrega reconstrucción de la cobertura peeneana con injertos.



**A** **B**  
 Figura 1. Paciente 1 en bipedestación. A) Realizando la maniobra bidigital que permite la retracción parcial del pene y su clasificación en grado II. B) Marcación de la zona de dermolipectomía suprapúbica y de los eventuales sitios dadores de injerto de piel del muslo.

hoja número 15, conservando la fascia de Scarpa. Luego, anclamos la fascia de dartos peripeneana al pubis con 4 puntos cardinales mediante suturas irreabsorbibles, para evitar la recidiva. Finalmente, el injerto de piel total fue tomado con dermatomo eléctrico del colgajo de dermolipectomía suprapúbica resecado, y lo colocamos sobre el pene, dividido en 2 planchas iguales y fenestradas, de longitud redundante y sin tensión teniendo en cuenta el pene erecto, fijándolo con algunos puntos de sutura irreabsorbible (Figura B).

En el paciente 1 se realizó una curación tipo vacío por 1 semana, a una presión de 100 mmHg. En el paciente 2 se realizó vendaje peripeneano, con gasas de sulfadiazina de plata sobre el injerto. Ambos pacientes permanecieron 3 días internados para control de medio interno, diuresis y dolor. Ambos recibieron profilaxis antitrombótica durante la internación. El seguimiento fue bisemanal durante un mes, y luego semanal durante 6 meses.

Se registraron datos epidemiológicos, comorbilidades, maniobras quirúrgicas, tiempo quirúrgico, manejo posoperatorio. Se tomaron imágenes antes, durante y después del acto operatorio, previo consentimiento escrito de los pacientes. Todos los datos fueron registrados en la historia clínica electrónica del hospital.

## RESULTADOS

### DATOS EPIDEMIOLÓGICOS

**Paciente 1 (Figuras 1, 2 y 3).** Masculino de 70 años, diabético, hipertenso, asma, apnea del sueño, historia de 3 *stents* colocados por insuficiencia miocárdica y cáncer de recto tratado con radioterapia. Su medicación habi-

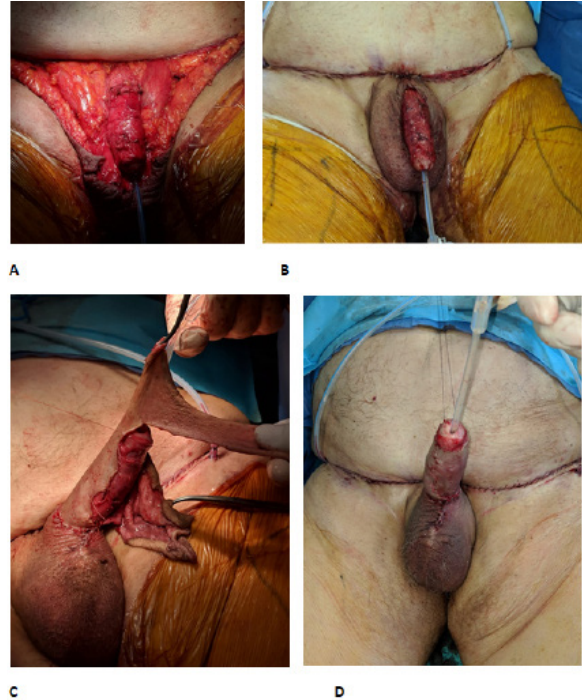


Figura 2: Paciente 1. A) Tras la dermolipectomía y el desnudamiento peeneano. B) Se realiza el cierre de dermolipectomía. C) Injerto de piel total sobre cuerpo peeneano. D) Resultado final inmediato.

tual era metformina, nevigolol, omeprazol, rosuvastatina, ácido acetilsalicílico, montelukast, cilostazol, valsartán, levotiroxina, salmeterol, fluticasona, alprazolam y pregabalina. Al examen físico el paciente presentaba índice de masa corporal (IMC) de 42, pene oculto del adulto grado II; fimosis e intertrigo (Figura 2C).

**Paciente 2 (Figura 4).** Masculino de 59 años. Hipertenso, obeso, diabético, dislipémico y extabaquista. Presentaba marcapasos definitivo. Su medicación habitual incluía sotalol, metformina, enalapril y estatinas. IMC de 38, pene oculto grado III (Figura 4A).

### RESULTADOS QUIRÚRGICOS

**Paciente 1:** El tiempo quirúrgico fue de 240 minutos, sin complicaciones intraoperatorias. No recibió terapia de vacío sobre la herida (VAC). Deambuló precozmente el segundo día. Al tercer día se le retiró la sonda vesical, logrando diuresis espontánea. Permaneció internado 4 días. El seguimiento se realizó durante 1 año. Durante el primer mes tuvo un sufrimiento parcial del injerto (50% de prendimiento) que demoró 2 meses en cicatrizar por segunda intención con crema con colagenasa y cloranfenicol (Irujol, Abbot, Argentina); al segundo mes aún conti-



A



B



C

Figura 3.

nuaba dehiscente la región central de la dermolipsectomía, que sufrió una celulitis y fue tratada satisfactoriamente con trimetoprima/sulfametoxazol 800 mg/160 mg cada 12 hrs durante 10 días. La erección lograda fue del 100% con inhibidores de la fosfodiesterasa 5 (PDE5). También se logró recuperación total de la sensibilidad del glande. La sensibilidad del cuerpo del pene fue escasa a nula debido a la contracción secundaria del injerto, lo que resultó en un aspecto insatisfactorio para el paciente. El paciente no refirió dolor alejado.

Paciente 2: El tiempo quirúrgico fue de 180 minutos, sin complicaciones intraoperatorias. No recibió VAC. Deambuló precozmente al primer día, al segundo día se retiró la sonda vesical, con diuresis espontánea. Permaneció internado 3 días. El seguimiento se realizó durante 8 meses. Durante los primeros 2 meses desarrolló una dehiscencia parcial central y celulitis leve, que cedió con trimetoprima/sulfametoxazol 800 mg/160 mg cada 12 hrs durante 10 días. La herida cerró por segunda intención. El prendimiento del injerto fue del 60%. La erección final fue satisfactoria, sin medicación agregada. El glande conservó la sensibilidad, mientras que el cuerpo del pene no lo hizo, igual que en el paciente 1. El paciente no refirió dolor alejado.

## DISCUSIÓN

El pene oculto del adulto resulta una patología cada vez más prevalente entre pacientes obesos, y trae consigo problemas físicos y psicológicos<sup>6</sup>. Su resolución es quirúrgica<sup>1</sup>. Últimamente varios trabajos han descrito series de pacientes cada vez más numerosas<sup>1-6</sup>. La mayoría de las publicaciones coincide en utilizar la



A



B



C

Figura 4. Paciente 2. A) Imagen preoperatoria. B y C) Imágenes posoperatorias a los 6 meses.

clasificación propuesta por Mirastschijski et al. en 3 grados. Pacientes con pene oculto del adulto grado 1 o “pseudopene oculto” que presentan exceso de grasa suprapúbica que cubre genitales, pero no los rodea ni retrae; grado 2 para aquellos pacientes que a pesar de que la grasa esconde el pene, puede ser descubierto con la maniobra de los 2 dedos descrita por el autor; y el grado 3 son aquellos pacientes que a pesar de las maniobras digitales el pene no puede ser descubierto, y en el 100% de los casos existe fimosis<sup>1</sup>. Este último corresponde a la descripción de nuestros 2 pacientes.

Queda claro que la solución para el pene oculto del adulto es quirúrgica y su tratamiento es indispensable para revertir las comorbilidades locales que la patología genera<sup>1</sup>. Además, se ha descrito una asociación entre la patología y carcinomas. Pekala et al. reportan mayor incidencia de cáncer de pene y lesiones premalignas en pacientes con pene oculto del adulto: de 150 pacientes, 35% tenían lesiones premalignas y 7% carcinoma de pene<sup>5</sup>.

La técnica quirúrgica incluye algunos detalles a considerar. En primer lugar, es fundamental la utilización de una sonda vesical tipo Foley para la manipulación del pene durante su disección hacia el pubis. Los puntos penopúbicos entre la fascia dartos y el pubis son indispensables para evitar recurrencias, la mayoría de los trabajos que describen la técnica detalladamente enfatizan su relevancia<sup>1,2,6,7</sup>.

La utilización de presión negativa en el posoperatorio para aumentar el prendimiento del injerto está en revisión: es avalado por Mirastschijski que lo utiliza en 7 pacientes, con un 80% de prendimiento en injertos de piel total, y 98% de prendimiento en injertos de piel parcial<sup>1</sup>; al igual que Alter et al., que lo usan y lo limi-

tan a 100 mmHg durante 5 días, de la misma manera que lo hacen Strother et al.<sup>2,4</sup>; por otra parte, otros autores lo consideran pero no lo obligan, aceptando coberturas húmedas como alternativa<sup>3,6,8</sup>. En nuestro caso optamos por usarla en el primer paciente, y al no tener resultados de prendimiento total y ante la carencia de protocolos globalmente aceptados, decidimos no usarlo en el segundo paciente.

Si bien los resultados globales son buenos, y los pacientes resuelven los problemas preoperatorios de fimosis, higiene e infecciones preestablecidos, la bibliografía reporta alta tasa de complicaciones posoperatorias. Aube reporta 62,5% de complicaciones, la mayoría complicaciones tipo Dindo Clavien 1 y 2, y un 33% de complicaciones tipo Dindo Clavien 3 o mayor<sup>3</sup>. Nuestros dos pacientes tuvieron necrosis parcial del injerto y necesidad de crema de colagenasa por tiempo prolongado. En este sentido, la utilización de injerto de piel total en vez de piel parcial puede haber tenido relevancia. Strother considera que el injerto debe ser de piel parcial y no debe estar mellado para evitar alteraciones estéticas, pero sí recomienda fenestrarlo<sup>4</sup>. Otra causa de fallo parcial del injerto que realizamos puede haber sido la cosecha desde el colgajo de dermolipectomía reseca; al respecto, Strother explica que sus buenos resultados parten de la utilización del muslo como sitio dador para el injerto de piel parcial<sup>4</sup>. Además, la piel parcial del muslo o del brazo se asemejan más al espesor de la piel natural del pene. Si bien la utilización de piel parcial del abdomen fue para no aumentar la morbilidad de los pacientes, *per se* comórbidos, queda por objetivar si en pacientes futuros la cosecha desde otros sitios dadores más compatibles nos puede disminuir la tasa de contracción secundaria del injerto.

Aube define éxito quirúrgico a la ausencia de recurrencia y la no necesidad de repetir un procedimiento<sup>3</sup>. El autor demuestra en su análisis multivariado que el tabaquismo y el IMC mayor de 40 son factores de riesgo estadísticamente significativos para la aparición de complicaciones: Todos los pacientes deberían dejar de fumar preoperatoriamente<sup>3</sup>. En nuestra serie, ambos pacientes eran obesos de IMC superior a 40 y uno de los dos era tabaquista.

En el mismo trabajo, Aubé define que la tasa de éxito depende de la satisfacción del paciente, y que esta está en relación directa con la recuperación de la función sexual (definida como la no necesidad de utilizar inhibidores de PDE5) y la ausencia de complicaciones Dindo Clavien 3 o más<sup>3</sup>. La bibliografía en general acepta que la cirugía mejora la calidad de vida sexual entre un 50-70% (aunque gran porcentaje depende de otros factores del paciente, generalmente obesos y depresivos)<sup>4</sup>. En nuestros pacientes, la recuperación sexual fue del 100%, a pesar de que uno requirió la utilización de inhibidores de PDE5, y ajeno a que la recuperación de la sensibilidad fue casi nula. Ambos pacientes se mostraron satisfechos y con manifestaciones expresas de haber mejorado su calidad de vida. Si bien no existen PROM (del inglés *patient reported outcome measures*) oficiales para la evaluación posoperatoria subjetiva de la patología, algunos cuestionarios de utilización en urología pueden ser utilizados con el mismo propósito: *Changes in sexual functioning questionnaire*; *International index of erectile function*; *Center for epidemiologic studies depression scale*; *Post bariatric surgery quality of life questionnaire*. Sin embargo, su utilidad específica en esta patología no ha sido validada.

El carácter retrospectivo y el escaso número de casos evaluados dificultan la generación de protocolos de manejo de la patología. Sin embargo, pocos trabajos superan las 2 cifras de pacientes y en ningún caso el diseño es prospectivo y aleatorizado. Faltan estudios con estas características para definir estándares de tratamiento apropiados.

## CONCLUSIONES

La reconstrucción del pene oculto del adulto ha tomado relevancia en las últimas décadas, y pertenece al terreno quirúrgico del cirujano plástico y el urólogo. Si bien faltan trabajos prospectivos para protocolizar el manejo, ya contamos con una clasificación aceptada, y la resolución quirúrgica brinda buenos resultados funcionales y cosméticos, aunque no exento de complicaciones y con la necesidad de un seguimiento exhaustivo.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Mirastschijski U. Classification and treatment of the adult buried penis. *Ann Plast Surg* 2018;80(6):653-9.
2. Alter et al. Pubic Contouring after massive weight loss in men and women: correction of hidden penis, mons ptosis, and labia majora enlargement. *Plast Reconstr Surg* 2012;130:936-47.
3. Aubé et al. Predictors of surgical Complications and evaluation of outcomes after surgical correction of adult-acquired buried penis; *Int Urol Nephrol* 2020;52(4):687-92.
4. Strother MC, Skokan AJ, Sterling ME, et al. Adult Buried Penis Repair with Escutcheonectomy and Split-Thickness Skin Grafting. *J Sex Med* 2018;1-7.
5. Pekala et al. The prevalence of penile Cancer in Patients with adult acquired buried penis. *Urology* 2019;133:229-33.
6. Hesse et al. The surgical Treatment of adult Acquired Buried Penis Syndrome: A new Classification System. *Aesth Surg J* 2019;39(9):979-88.
7. Warren AG, Peled ZM, Borud LJ. Surgical correction of a buried penis focusing on the mons as an anatomic unit. *J Plast Reconstr Aesthet Surg* 2009;62:388-92.
8. Anandan L, Mohammed A. Surgical Management of buried penis in adults *Cent European J Urol* 2018;71(3):346-52.

## Dr. Carlos Emilio Sereday. Dr. José Juri

REVISTA ARGENTINA DE CIRUGÍA PLÁSTICA 2020;26(3):44-47. [HTTPS://DOI.ORG/10.32825/RACP/202101/0044-0047](https://doi.org/10.32825/RACP/202101/0044-0047)

### Dr. Carlos Emilio Sereday. In memoriam



La partida de Carlos E. Sereday (7 de febrero de 1955 – 2 de marzo de 2021) nos llena de dolor y desasosiego.

La muerte nos arrebató a uno de los más queridos compañeros, nuestro Jefe de Cirugía Plástica y Reparadora.

Poseía valores éticos y humanos inculcables, cultor de la amistad, apasionado con todo lo que emprendía y fuente de estímulo para muchos colegas y cirujanos plásticos en formación.

De un temperamento apacible y una generosidad infinita, estuvo siempre preocupado y ocupado en mejorar la salud de sus pacientes.

Durante esta terrible pandemia se mantuvo en la primera línea de batalla, asumiendo con responsabilidad y valentía el rol que le tocaba jugar.

La tristeza que nos deja su partida será muy difícil de superar pero seguiremos sosteniendo sus proyectos con su ejemplo como fuerza impulsora.

Buen viaje, Carlos querido. Hasta siempre.

**Dr. Ricardo Pappalardo**

*Subdirector Hospital de Quemados "Dr. Umberto Illia", CABA*

*Correspondencia: Ricardo Pappalardo. revista@sacper.org.ar*

*Recibido: 14/02/2021 | Aceptado: 17/02/2021*

### PARTICIPACIONES DEL DOCTOR CARLOS E. SEREDAY

1997/98 Director de Publicaciones SCPBA

1998/99 y 1999/2000 Vocal SCPBA

2000/2001 Protesorero SCPBA

2001/2002 Tesorero SCPBA

2003/2004 Secretario de Actas SCPBA

2006/2007 Tesorero SACPER

2009/2010 Prosecretario SCPBA

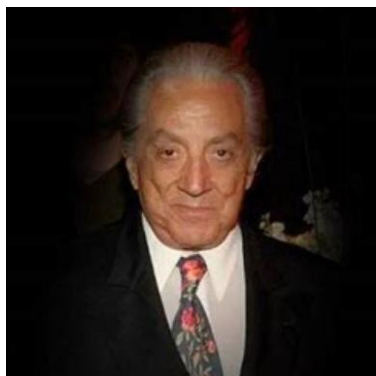
2010/2011 Secretario SCPBA

2014/2015 Secretario General de SACPER

2017/2019 Vocal titular de la AAQ

Septiembre 2019 Secretario de la Comisión Científica del XVIII Congreso Argentino de Quemaduras realizado en Corrientes.

## Dr. José Juri. In memoriam



El 18 de marzo del corriente año, el Profesor Doctor José Juri falleció a los 87 años de edad. Su mujer y compañera de vida Nora, junto a sus hijos Justo y Juan José lo despedimos con profundo pesar.

Es una gran responsabilidad el intentar describir a una persona tan característica y única como lo fue él; pero es también un gran honor el poder hacerlo.

José Juri fue hijo y hermano; esposo y padre; jinete, payador y recitador; médico, psiquiatra y cirujano plástico; poeta y filósofo; dibujante y escultor; mago; entrenador y criador de caballos de carrera; profesor y maestro de cientos de alumnos.

Fue creador, innovador y transgresor; un artista y esteta en todas sus formas; poseedor de una cultura general digna de admiración.

Médico de vocación, se recibió en la Universidad de Buenos Aires,

donde también se especializó en psiquiatría.

Como cirujano se formó en el Hospital Prof. Luis Güemes de Haedo y completó su formación como cirujano plástico en el Hospital de Quemados de la Ciudad de Buenos Aires.

No me alcanzan las palabras para describir fidedignamente la importancia que tuvo en la historia y el desarrollo de la cirugía plástica argentina e internacional.

Fundador y Director de la Clínica Juri de Cirugía Plástica y Fundación José Juri. Fue director de la Residencia Nacional Oficial en Cirugía Plástica del Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación. Profesor Titular en distintas universidades nacionales. Relator oficial en los Congresos Internacionales de EE.UU., Inglaterra, Francia, Canadá, Japón, Italia, Brasil, México, Perú, Chile y Uruguay. Autor de 20 técnicas originales y 150 trabajos publicados. Colaboró en al menos 15 libros de la especialidad. Ha dictado cursos de perfeccionamiento en Cirugía Plástica en Uruguay, Brasil, Chile, Perú, Colombia, México, EE.UU., Canadá, España, Inglaterra, Francia, Italia, Grecia y Japón. Recibió premios a nivel nacional e internacional por sus trabajos y aportes a la especialidad. Nombrado Doctor Honoris Causa por diversas universidades internacionales.

Realizó cientos de cirugías ad honorem para ayudar a quienes carecían de posibilidades y siempre con una sonrisa en su rostro.

Mi padre fue un ser de carácter único; poseedor de innumerables cualidades, todas ellas reunidas en una misma persona.

Fue un luchador, brillante en sus formas, tenaz y seguro de sí mismo.

No supo conocer lo imposible, siempre leal a sus formas, enfrentó la vida con valentía y estoicismo.

A la vez, también coexistían en él un ser cálido, con un gran sentido del humor y considerado con quienes más lo necesitaban.

Un amante de las artes y de lo bello. Un incansable innovador.

Acérrimo defensor de sus ideales, un verdadero apasionado por todo lo que hacía.

Nos enseñó a vivir intensamente, con amor y pasión por nuestro oficio.

Como tutor y maestro, dejó una huella marcada en todos aquellos que tuvimos la dicha de acompañarlo en su camino.

Supo ser generoso a la hora de compartir sus conocimientos, que le llevaron una vida entera de sacrificio, trabajo, meditación y dedicación adquirir.

A la hora de enseñar pudimos conocer su lado más humilde.

Seguramente vivirá en todos nosotros, sus alumnos, cada vez que entremos en un quirófano resonarán sus consejos en nuestros corazones como si estuviera a nuestro lado.

Nos enseñó que la meditación y el razonamiento llevan a la creación y al conocimiento.

Nos enseñó también a ser generosos y apasionados por el saber, por siempre nos quedará un profundo agradecimiento por todo lo transmitido.

Nuestro maestro se ha ido.

Lo recordaremos como patrono de nuestro arte y profesión, dio todo lo que tuvo por ella sin guardarse nunca nada.

Ayudó, guió y enseñó generosamente a todos aquellos que compartieron un quirófano con él.

Único e irreplicable, un personaje magnético que pertenecerá *in aeternum* a un selecto grupo de iconos en nuestra profesión.

Eterna admiración y agradecimiento a mi padre y maestro.

Extrañaremos tu sonrisa cómplice, exigente y desafiante; tus innumerables anécdotas y tu sabiduría de vida con esa picardía que te caracterizaba.

Estas palabras son el reflejo de lo que su familia, sus alumnos y sus colegas pensamos de él.

Fuiste un elegido y así te recordaré siempre, intenso, incansable e irreproducible. un espíritu inquieto.

Supiste cultivar tus dones y proyectarlos sin descanso.

Te amo y te admiro como siempre lo hice y haré. Tantas charlas, tu sabiduría, los congresos, el quirófano, las carreras de caballos, tus recitados y nuestros asados. Te llevaré por siempre en mi corazón.

Te amo, mi Tata; buen viaje, ya nos volveremos a ver.

**Dr Juan José Juri**

*Clínica Juri de Cirugía Plástica. Miembro SACPER, SCPBA*

*Correspondencia: Juan José Juri. revista@sacper.org.ar*

*Recibido: 02/04/2021 | Aceptado: 04/04/2021*

## CURRICULUM VITAE DEL PROFESOR DOCTOR JOSÉ JURÍ

- Fundador y Director de la Clínica Juri de Cirugía Plástica y Fundación José Juri.
- Profesor Titular de la Primera Cátedra de Cirugía Plástica de la Facultad de Medicina de la Universidad Interamericana.
- Profesor Titular de la Primera Cátedra de Cirugía Plástica de la Facultad de Medicina de la Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales.
- Director de la Residencia Nacional Oficial en Cirugía Plástica del Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación.
- Relator Oficial en los Congresos Internacionales de EEUU, Inglaterra, Francia, Canadá, Japón, Italia, Brasil, México, Perú, Chile y Uruguay.
- Autor de 20 técnicas originales y 150 trabajos publicados.
- Autor del libro Cirugía Plástica del Cuero Cabelludo, en colaboración con el Doctor Juan José Juri. Edit. Amolca, Venezuela, 2007.
- Autor del libro Rinodeformación Secundaria, en colaboración con el Doctor Juan José Juri. Edit. Amolca, Venezuela, 2013.
- Miembro Honorario de la Academia de Medicina de Córdoba; de la Academia de Medicina de Lima; de la Academia Internacional de Cirugía Estética; y de la Academia de Cirugía Plástica de Rumania.
- Maestro de Cirugía Estética, título otorgado por la Sociedad Española de Cirugía Estética.
- Miembro Honorario de 20 sociedades científicas.
- Presidente de Honor de seis Congresos Internacionales: Estados Unidos; Francia (1990, 1994 y 1997); Italia (1994); Portugal (1995); España; y Rumania (2000).
- Colaboró en 15 libros de la especialidad.
- Ha dictado Cursos de perfeccionamiento en Cirugía Plástica en Buenos Aires, La Plata, Rosario, Mar del Plata, Córdoba, Mendoza, Río Cuarto, Tucumán y Resistencia.
- Ha dictado cursos de perfeccionamiento en Cirugía Plástica en Uruguay, Brasil, Chile, Perú, Colombia, México, EEUU, Canadá, España, Inglaterra, Francia, Italia, Grecia y Japón.
- Premio Senior LELIO ZENO al Mejor Trabajo del Congreso anual de la Sociedad Argentina de Cirugía Estética. Diploma y Trofeo. 1974.
- Premio al Mejor Trabajo del año de la Sociedad Argentina de Cirugía Plástica por su trabajo: "Cirugía Plástica del Cuero Cabelludo". Diploma y Medalla de Oro. 1978.
- Premio de Investigación AVELINO GUTIERREZ de la Academia Nacional de Medicina, por su libro: "Anatomía de la Vascularización e Inervación Miocutánea con Propósito Reconstructivo". Diploma y Medalla de Oro. 1980.
- Bisturí de Oro de la Sociedad Brasileira de Cirugía Plástica por sus aportes a la Cirugía Plástica. 1990.
- Premio RALPH MILLARD al Mejor Trabajo del Congreso otorgado por la Sociedad Canadiense de Cirugía Plástica por su trabajo: "Rinoplastia Secundaria". 1991.

- Premio UGARIT de Ciencia y Técnica otorgado por la Sociedad Sirio-Libanesa de Buenos Aires por su trayectoria internacional. 1993.
- Premio Bienal MANUEL AUGUSTO MONTES DE OCA al Mejor Trabajo de Cirugía, por su Libro sobre “Últimos Avances en Cirugía Reconstructiva”, otorgado por la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Buenos Aires. 1995.
- DOCTOR HONORIS CAUSA de la Facultad de Medicina de la Universidad de San Martín de Porres. Lima, Perú. 1996.
- Premio Transacademia. Diploma de Honor y Medalla de Oro por su labor científica Internacional. 1997.
- Premio: “Excelencia 2000 en Cirugía Estética”, otorgado por la Academia Americana de Cirugía Estética (EE.UU.). 1998.
- DOCTOR HONORIS CAUSA de la Facultad de Medicina de la Universidad de Oradea, Rumania. 2000.
- Premio Bienal de la Asociación Argentina de Cirugía (Diploma y medalla de plata) en colaboración con el Doctor Juan José Juri por un libro de la Clínica sobre cirugía reparadora distribuido en 40 países. 2008
- DOCTOR HONORIS CAUSA de la Facultad de Medicina de la Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales. Buenos Aires. Argentina. 2009.
- DOCTOR HONORIS CAUSA de la Universidad de Aquino. Ciudad de Santa Cruz de la Sierra. Bolivia. 2010.
- Premio Andreas Vesalio al Mejor Trabajo de Investigación: “Evaluación de satisfacción de las pacientes en mastectomía con preservación de piel y reconstrucción inmediata mediante implantes en un solo tiempo quirúrgico”, otorgado por la Universidad Abierta Interamericana. Argentina. 2013.
- Premio Dr. José María Mainetti al mejor trabajo en Cirugía General u Oncológica por su trabajo Corrección Quirúrgica de los tumores (benignos y malignos) de la cubierta cutánea y de sus secuelas por ablación. Mención Especial - Diploma. Buenos Aires, Argentina. Diciembre de 2013.



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

## Publications rules *Argentine Journal of Plastic Surgery*

### INTRODUCCIÓN

La *Revista Argentina de Cirugía Plástica* es el instrumento oficial de comunicación de la Sociedad Argentina de Cirugía Plástica, Estética y Reparadora. Es la forma documental de relacionamiento de los socios que integran SACPER, destinada a fortalecer el rol integrador de SACPER, a través de la Revista. SACPER es la entidad científica rectora única de la especialidad, y el principio básico de la ciencia académica es que los resultados de la investigación deben hacerse públicos y ser sometidos a la opinión de los socios, a los que va dirigida la comunicación académica.

La *Revista Argentina de Cirugía Plástica* ofrece a los autores socios de SACPER, el aseguramiento de la propiedad de sus ideas (registro público). La frecuencia de publicación será trimestral y considerará para la publicación, artículos relacionados con diversos aspectos de la Cirugía Plástica, Estética y Reparadora.

### INSTRUCCIONES A LOS AUTORES PARA LA PRESENTACIÓN DE ARTÍCULOS

Los artículos estarán divididos en secciones (introducción, material y métodos, resultados, discusión, conclusiones y bibliografía). Deben ser enviados en archivo de Microsoft Word, con páginas numeradas, en formato A4, con letra 12, con fotos y gráficos numerados e insertos en el trabajo. Los artículos deberán ser enviados al correo [sacper@sacper.org.ar](mailto:sacper@sacper.org.ar)

### TÍTULO Y AUTORES

1. El título del trabajo a publicar debe ser conciso e informativo. En lo posible que no exceda los 100 caracteres (dos líneas de 50 caracteres cada una).
2. Se debe consignar el nombre, inicial y apellidos de cada uno de los autores, con el grado académico (médico, residente, máster, magister, doctor, otros)
3. También se debe informar el status de cada autor con SACPER (adherente, Titular, Honorario, Cirujano Maestro, otros).
4. Debe establecerse la dirección de correo del autor, a quien deben dirigirse las respectivas correspondencias. Es aconsejable una foto actualizada del autor principal.

### RESUMEN DEL TRABAJO Y PALABRAS CLAVES:

1. El resumen debe informar los propósitos y objetivos del estudio, los procedimientos utilizados, métodos de observación y estadísticos. Datos de los principales hallazgos, la significación estadística y las principales conclusiones. Debe enfatizar los aspectos importantes del estudio.
2. Al pie del resumen, los autores deben proporcionar de 3 a 7 palabras claves, para facilitar la indexación del artículo.

### RESUMEN EN INGLÉS: (ABSTRACT)

- Debe representar una traducción fiel del resumen en español y debe ser congruente con el resumen y con el trabajo en sí.
- En caso de no contar con la asistencia de un traductor profesional con experiencia en redacción científica médica, la Dirección de la Revista, pone a disposición de los socios un servicio de traducción de resúmenes.

### CONFLICTOS DE INTERESES

Al comienzo del texto, bajo el subtítulo "Declaración de conflicto de intereses" los autores deben explicitar si tienen relación con cualquier tipo de organización con intereses financieros, directos o indirectos, en los temas, asuntos o materiales discutidos en el manuscrito, si es que lo tuviesen. Si no hay conflicto de intereses, los autores deben declarar por escrito que no tienen conflictos de intereses.

### TEXTO

El texto se divide en secciones: **introducción, materiales y métodos, resultados, discusión, conclusiones.**

Se presentan lineamientos básicos para estructurar el texto.

- **Introducción:** consolida los antecedentes, el propósito del artículo,

el marco teórico de los fundamentos lógicos para el desarrollo del estudio. Proporciona las referencias pertinentes. Claramente debe consignar el o los objetivos principales del trabajo.

- **Materiales y métodos:** describe explícitamente la selección y el tamaño de la muestra utilizada para la observación y experimentación.
  - o Identificación de edad, sexo y características de la muestra (tipo de animales utilizados para la investigación; tipo de material cadavérico usado).
  - o Identificación de las especificaciones técnicas de los aparatos, de los métodos y procedimientos, que permitan a otros investigadores reproducir resultados
  - o Identificación de fármacos, dosis, vías de administración, implantes o elementos biotecnológicos.
  - o Identificación de los métodos estadísticos utilizados
- **Resultados:** los resultados relatan, pero no interpretan las observaciones realizadas. Se presentan en una secuencia lógica con el apoyo de tablas y figuras, explican las observaciones y valoran su respaldo.
- **Discusión:** enfatiza los aspectos novedosos e importantes del estudio. Incluye hallazgos, implicaciones, limitaciones y otros aspectos. Relaciona las observaciones a los objetivos del estudio.
- **Conclusiones:** cuando sea pertinente, es aconsejable realizar conclusiones acerca del trabajo realizado.
- **Bibliografía:** las citas bibliográficas deben numerarse en el orden en el cual se mencionan por primera vez en números arábigos entre paréntesis en el texto, tablas y leyendas.
  - o El estilo recomendable es APA y los basados en los formatos usados por el Index Medicus. La bibliografía debe ser verificada y controlada en los artículos originales por los autores.

### ADDENDUM:

Las tablas, gráficos y figuras, deben estar insertados en el trabajo, con su respectivo número y aclaratorias.

**Tablas:** son instrumentos que mejoran la comprensión del trabajo científico. Deben ser enumerados en forma consecutiva, con un título conciso para cada tabla, en letra cursiva, tamaño de letra recomendado: 10. Cada columna y fila debe tener un encabezamiento, claro y conciso. Las notas aclaratorias se ubican al pie de la tabla. Las medidas estadísticas (desvío y error estándar del promedio) deben estar identificadas.

**Figuras:** incluye esquemas, dibujos, fotografías, diagramas de flujo etc. Los títulos y explicaciones deben ir en el texto de las leyendas. En el caso de presentar fotografías de pacientes, deben utilizarse artilugios para evitar la identificación de la persona. La iconografía de pacientes, debe presentarse en forma secuencial y claramente diferenciada, seleccionando solo las más representativas. No es recomendable enviar fotos con tratamientos de photoshop u otros instrumentos electrónicos de mejoramiento artificial de imágenes.

En el caso de presentar fotografías microscópicas, se debe consignar la magnificación y la tinción utilizada. Las estructuras que los autores deben identificar, se marcarán con una flecha negra y sus respectivas variables. Se aconseja no utilizar asteriscos, estrellas, círculos u otros símbolos no convencionales.

**Unidades de medidas:** las medidas de longitud, peso, altura y volumen deben figurar en unidades del sistema métrico decimal, la temperatura en grados Celsius (°C), la presión arterial en mm de Hg (mmHg) y los volúmenes en centímetros cúbicos. Las mediciones clínicas, hematológicas y químicas deben expresarse en unidades del sistema métrico y/o UI. Es recomendable la mayor exactitud posible.

**Abreviaturas y símbolos:** es recomendable utilizar abreviaturas estandarizadas, y en lo posible en español. No se deben utilizar abreviaturas en el título ni en el resumen. Cuando se utilicen en el texto, debe citarse la palabra completa antes de ser abreviada, a menos que se trate de una unidad estándar de medida. Todos los valores numéricos deben estar acompañados de su unidad. Los decimales se separarán con coma. Los años se escribirán sin separación, puntos ni comas.