



CIRUGIA PLASTICA

Organo oficial de la
Sociedad de Cirugía Plástica y
Reconstructiva del IMSS



Avalado por la Asociación Mexicana de
Cirugía Plástica, Estética y
Reconstructiva, A.C.

Vol. 2 • Núm. 2
Mayo • Agosto 1992

LÍDER CIENTÍFICO EN TERAPIA DE PRESIÓN GRADIENTE

JOBST

- ✓ Lo último en tecnología utilizada en la fabricación de soportes elásticos JOBST elaborados sobre medida



Diseñado científicamente



Elaboración computarizada



Corte por láser

“PREVENCIÓN Y CORRECCIÓN DE CICATRICES HIPERTRÓFICAS Y CONTRACTURAS”

- ◆ Compresión continua y controlada en mmHg. Complementada con férulas y ejercicios.
- ◆ Confección de las prendas de acuerdo a gráficas anatómicas y cintas de medir especiales, individualmente para cada paciente.
- ◆ La textura elástica de las prendas *jobskin* proporcionan control tri-dimensional



La precisión es la diferencia entre el éxito y el fracaso

APARATOS BIOMEDICOS S.A. de C.V.
distribuidores exclusivos

Av. Insurgentes sur 1143 "I", Col. Nápoles 03810 México, D.F.,
Tels. 598-72-79, 598-10-92, Fax 598-73-73



JOBST

PRESOTERAPIA

MAINAT



LA VANGUARDIA DE LA TÉCNICA AL SERVICIO DEL MÉDICO

- **Técnica Avanzada**
- **Tejido Especial Tridimensional**
- **Presiones en mm/Hg**
- **Su gran elasticidad de 200% y 100% de recuperación les permite una perfecta adaptación anatómica a cada paciente.**
- **Sus características de fabricación permiten que evitemos todas las costuras posibles por menguados.**
- **El material de que están compuestas es de primera calidad e hipoalergico**

CONTAMOS CON EXISTENCIA EN:

Pantys post operatorio para liposucción y lipectomía
Sujetadores de mamoplastia de aumento y reducción

CONFECCIONAMOS, A LA MEDIDA DE LOS PACIENTES QUEMADOS,
PRENDAS ELÁSTICAS PARA TRATAMIENTO COMPLEMENTARIO



Especialidades Médicas del Bajío

Distribuidor autorizado para la República Mexicana

A SUS ORDENES EN NUESTRAS DOS DIRECCIONES:

Fray José de la Coruña No. 221
Colonia Quintas del Marquez
C.P. 76047 Queretaro, Qro.
Tel/Fax 91-42 13-31-15

José Ma. Iglesias No. 21
Colonia Revolución
C.P. 06030 México, D.F.
Tels.: 705-1820 y 705-1992 ext 115

**La Fundación Educativa de la Sociedad
Médica del Instituto de
Cirugía Reconstructiva de Jalisco**

invita al

**XIX Simposio Anual Internacional de
Cirugía Plástica Estética**
Actualización en cirugía plástica nasal

del 10 al 14 de noviembre de 1992

Guadalajara, Jalisco, México

Temas:

Anatomía nasal, Fisiología nasal,
Rinoplastia reconstructiva, Rinoplastia estética,

Informes:

Srita. Patricia Garay
Aurelio Gallardo No. 288
44680 Guadalajara, Jalisco, México.
Tel: 52 3 630 1946
Fax: 52 3 616 7118



CIRUGIA PLASTICA

Organo oficial de la
Sociedad de Cirugía Plástica y
Reconstructiva del IMSS



Avalado por la Asociación Mexicana de
Cirugía Plástica, Estética y
Reconstructiva, A.C.



CIRUGIA PLASTICA

Directorio

Director

Dr. Heriberto Rangel Gaspar

Editor

Dr. Carlos de Jesús Álvarez Díaz

Consejo Editorial

Dr. Jesús A. Cuenca Pardo
Dr. Ignacio Héctor Arámbula Álvarez
Dr. Ricardo Cienfuegos Monroy
Dr. Enrique Garavito Salazar
Dra. Emilia Picazo Guadarrama
Dr. José Luis Valdés Galicia
Dr. Juan Manuel Ortíz Mendoza
Dr. Jacobo Verbitzky Borkow
Dr. César de J. Santiago Landa
Dra. María Teresa Rivas Torres
Dr. Jorge Trujillo González

Asesoría y coordinación editorial

Dr. José Rosales Jiménez

Arte y diseño: D.G. Francisco Carreón S.

La revista **CIRUGIA PLASTICA** es el Órgano oficial de la Sociedad de Cirugía Plástica y Reconstructiva del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Publicación cuatrimestral, un volumen al año. Dirección: Casma 576, Col. Lindavista, 07300 México, D.F.

CIRUGIA PLASTICA: Registros en trámite. La reproducción total o parcial del contenido de este número puede hacerse previa autorización del editor y mención de la fuente.

Arte, diseño, composición tipográfica, proceso fotomecánico e impresión por **Cognos Editores, SA de CV** y **Editorial Cultura Médica, SA de CV**, Grupo Editorial Génesis. Casma 576, Col. Lindavista, 07300 México, D.F. Tels.: 754-3626 y 754-6974, Fax: 754-5803.
Impreso en México.

Los conceptos publicados son responsabilidad exclusiva de los autores

Contenido

41 *Editorial*

Pasado, presente y futuro de la cirugía plástica

Mario González Ulloa

43 **La autoría múltiple y la autoría injustificada en los artículos científicos**

Gustavo A. Silva

51 **Contractura cicatrizal postquemadura del cuello**

Serafín M. Iglesias Vega,
Roberto Reyes Márquez

54 **Experiencia con nutrición parenteral en pacientes quemados**

Eduardo Ramírez Almazán,
Diego García Torres

59 **Macroductilia: Una nueva técnica para su corrección quirúrgica**

José Luis Haddad Tame,
Javier Carrera Gómez,
Jorge R. Oropeza Morales,
Javier Vilchis Licón

62 **Mamoplastia de reducción mediante colgajo de pedículo superior**

Juan Robles López
Heriberto Rangel Gaspar

72 **Información para los autores**

PASADO, PRESENTE Y FUTURO DE LA CIRUGIA PLASTICA

La cirugía plástica no es otra cosa que un concepto, una actitud filosófica, una mística que tiene que ver con la preservación integral del hombre. Contiene elementos de creencia personal, de conocimiento generalizado. Tiene un ritual con profundidades llenas de sabiduría y misterio, una temática general, pero es una mística tan personal y esotérica que se constituye en una verdadera religión, de la cual parten los espectaculares avances y la expansión que ha tenido en nuestro siglo.

De estar enfocada en su origen a la superficie del cuerpo, avanzó a la forma, de ésta a la función, de aquí a la restauración y al apropiamiento de otros tejidos y órganos para suplir la función perdida de un organismo. Al mismo tiempo, fue dando lugar a subespecialidades de lo que generalmente se etiquetó como cirugía plástica y que se ha extendido a prestar ayuda a la cirugía vascular, la cardíaca, la de trasplante de órganos y en general a toda cirugía de mejoría de padecimientos.

Ha ayudado a transformar otras especialidades aplicando en ellas finura, exaltando la técnica y aumentando el campo de sus posibilidades. Ha utilizado los diversos campos de la imagenología para afinar su diagnóstico y plantear su tratamiento. Se ha asociado a múltiples especialidades para integrar su campo de acción al mejoramiento totalizador del organismo humano. Tiene un periscopio en el campo de la biotécnica, a la cual ha ayudado y que le retribuye en posibilidades de mejorar su acción.

Configura a un tipo totalmente distinto de profesionista que se vuelve filósofo, investigador, técnico, artista; está creando un nuevo tipo de individuo, un verdadero humanista contemporáneo que utilizará su neohumanismo para dar nuevas formas de aplicación a su práctica y al desarrollo de su trabajo.

La Cirugía Plástica está a la búsqueda de un contexto social en que su función de servir se pueda desarrollar en plenitud.

Descarta con apresuramiento al cirujano playboy, al mercenario, al anunciante, para dar lugar a un nuevo individuo con inclinaciones monásticas, que en alguna forma se parece al sabio investigador del siglo pasado.

Se desarrolla en su templo, donde a diario aplica todos los recursos de su sabiduría para mejorar, transformar y dar más energías a la ya gastada batería de su paciente.

La cirugía no ha cambiado *per se*, sino que ha hecho cambiar al hombre que la practica, lo ha transformado en un verdadero sacerdote que utiliza la ciencia, el arte, la filosofía, para crear esa religión que le une al hombre —a todos los hombres— que, sabiéndolo o no, buscan el milagro de ser más buenos, más bellos y más felices.

...Y sin embargo, todas las reflexiones anteriores se vuelven una realidad imposible frente a la avalancha de médicos que se gradúan anualmente, y de los

cuales un gran número piensa en la cirugía plástica como un filón de oro, fácil y asequible; ello rebasa todas las reglas de la mercadotecnia la cual nos avisa ante la sobreabundancia de oferta, los bienes de consumo tienden a disminuir su calidad por ese tropel de demanda de individuos informados que ya no quieren ser pobres, ni feos, ni viejos.

Ante esta alternativa de mundo sobrepoblado y desorganizado, sólo le va quedando al médico que ya está formado constituirse en el jefe-guía de una institución, en la cual los médicos en preparación —los jóvenes— se superespecialicen en una técnica específica en la cual ejecuten un trabajo excelente, que no puede ser comparable al del cirujano que hace de todo o al cirujano de otra especialidad; ambos en la actualidad están compitiendo con cirugía mediocre, mal indicada y de dudosos resultados.

Dicho proceder haría factible tener en una sola organización al cirujano de nariz, al de arrugas, al de contorno corporal, etcétera, con honorarios razonables que se volverían una suma importante por el elevado número de intervenciones diarias. Estos cirujanos, avalados estrictamente por la Sociedad de Cirugía Plástica en su especial rama de trabajo, harían investigación de campo y avanzarían su técnica hasta niveles inimaginables.

Lo anterior, en realidad no es nada nuevo: Sheen, Peck, lo han hecho en nariz, Littler en mano, Tessier en cirugía craneo-facial, Millard en labio hendido, Wallace en quemaduras.

Esto permitiría hacer de la cirugía plástica lo que en el Congreso Europeo de Cirugía General de 1,904 se decidió: crear varias ramas de la cirugía, derivadas todas ellas del ya imposible y competido tronco de la cirugía general. De hecho, el presente siglo fue la demostración de lo eficaz y oportuno de tal determinación, ya que el avance de cada una de las ramas de la cirugía, que a su vez se ramificó, ha sido espectacular.

La información al público sería de importancia capital; dictada y reglamentada por la Sociedad de Cirugía Plástica, llevaría a los centros de trabajo de las múltiples especialidades de la cirugía plástica el caudal de pacientes que recibirían un tratamiento responsable, preciso y económico, todo ello en un plan programado de avance social y científico de la cirugía de nuestra especialidad.

El crecimiento de la cirugía plástica —crecimiento en segmentos— organizado en esta forma, asegura el avance territorial de la especialidad y la conquista de nuevos territorios a los cuales servir y al mismo tiempo que le sirvan a ella.

Feliz siglo nuevo para este hombre que, acompañado de un ejército semejante a él, va a dar el perfil del sabio del siglo XXI.

La medicina mejora con él, escribe un libreto mejorado en comparación con el del ya viejo y respetado Hipócrates. Inicia un nuevo periodo en la historia de la medicina y con ello un capítulo: el de su propia exaltación y mejoramiento.

Dr. Mario González-Ulloa

FACS., FICS., ARCM., FISAPS
Centro Médico Dalinde, 1992.

LA AUTORIA MULTIPLE Y LA AUTORIA INJUSTIFICADA EN LOS ARTICULOS CIENTIFICOS*

**Gustavo A. Silva

La autoría múltiple sobrecarga el sistema de disseminación de información científica y a veces sirve de parapeto a la concesión indebida del crédito de autor. Por tanto, no debe permitirse más que en caso estrictamente necesario. La autoría injustificada relaja la conducta ética de la comunidad científica, mengua el valor de la autoría y degrada el artículo científico a la condición de mercancía. En consecuencia, no debe tolerarse bajo ninguna circunstancia. Ambos problemas son muy frecuentes y ocurren en todas partes, incluida América Latina. Para resolverlos, los investigadores y las instituciones a que pertenecen deben revisar críticamente sus prácticas con respecto a la autoría, guiándose por normas éticas como las emitidas por el Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas. Es preciso hallar soluciones dirigidas contra las causas fundamentales y que coadyuven a desterrar del medio científico las presiones agobiantes que se resumen en la famosa disyuntiva de "publicar o perecer".

Hubo un tiempo en que la mayor parte de los artículos científicos aparecían firmados por un autor. Hoy, en cambio, un número crecido de autores es la regla más que la excepción.^{1,3} El fenómeno de la autoría múltiple empezó a cobrar impulso en los años cincuenta⁴ y se explica en gran medida por el crecimiento natural de la ciencia, por su progresiva complejidad y por el aumento de la investigación en equipo y multidisciplinaria.^{2,3,5} Sin embargo, a veces el número de autores es desproporcionadamente grande en relación con el contenido intelectual del artículo y con el tipo de investigación efectuada.

Un problema relacionado con el anterior, pero más grave desde el punto de vista ético, se produce cuando el crédito de autor se concede inmerecidamente, en cuyo caso se incurre en la autoría injustificada.^{6,7}

La autoría múltiple y la injustificada se presentan en la actualidad con gran frecuencia en todo el mundo, incluso en América Latina, y están ocasionando una serie de trastornos económicos y éticos en el campo de las publicaciones científicas a los que urge poner coto. En el presente artículo se analizan los rasgos distintivos de ambas prácticas, sus causas, los problemas que generan y, sobre todo, las soluciones más viables para combatirlas.

LA AUTORIA MULTIPLE

No existe un límite neto que permita distinguir los artículos con un número "aceptable" de autores de aquellos con uno "excesivo". En otras palabras, la autoría múltiple representa más bien un concepto relativo, que se entenderá mejor después de revisar una serie de datos que ilustran la manera como el artículo científico monoautorial ha sido paulatinamente desplazado por el artículo multiautorial. (Por convención, éste último se define como el que tiene dos o más autores).

El auge del artículo multiautorial. Durante el periodo comprendido entre 1886 y 1977, la proporción de artículos de un solo autor publicados por la *New England Journal of Medicine* disminuyó de 98.5 a 4%, el descenso fue más abrupto de 1946 en adelante.⁸ En el *American Journal of Public Health* se apreció una baja de 90 a 20% durante el periodo 1920-1980.⁹ En 1944, 81% de los artículos publicados en el *Boletín Médico del Hospital Infantil de México* eran de un solo autor, pero esa proporción cayó a 6% en 1982.¹⁰

De los 300 artículos más citados que se publicaron entre 1961 y 1976, 11.7% eran de autor único; 76.6% tenían de dos a cuatro autores, y 11.7%, cinco o más.¹¹

A lo largo de medio siglo (1930 a 1979, inclusive), el promedio de autores por artículo original pasó de 1.3 a 4.7 en los *Annals of Internal Medicine*, y de 1.2 a 5.2 en la *New England Journal of Medicine*.⁸ En *The Lancet* ascendió de 1.3 en 1930 a 4.3 en 1975. Si bien este promedio tan elevado pareció limitarse a estos semanarios médicos de carácter general, se calculaba que,

* Publicado originalmente en el *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana* 1990; 108(2):141-152. Organización Panamericana de la Salud, 1990. Reproducido con autorización.

** Organización Panamericana de la Salud, Programa de Información Científico-Técnica en Salud, Servicio Editorial. Dirección postal: 525 Twenty-third Street, NW, Washington, DC 20037, EUA.

de continuar esta tendencia, en el año 2076 el artículo típico tendrá ¡24 autores!¹²

En una muestra de 612 artículos originales seleccionados de tres revistas (*Journal of the American Medical Association*, *The Lancet* y *New England Journal of Medicine*), el promedio de autores experimentó un alza de 2.0 en 1946 a 4.9 en 1976; el ascenso fue más acentuado a partir de 1966.¹³

En el lapso de diez años (1975 a 1984), el promedio de autores por artículo de *Medicina Clínica* (Barcelona) ascendió de 4 a 5.5, y en la *Revista Clínica Española*, de 4.7 a 5.¹⁴

Un recuento efectuado a propósito de la presente revisión indicó que en el *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana* (volúmenes 46 al 105) el promedio de autores por artículo pasó de 1.76 en 1959-1968 a 2.11 en 1969-1978 y alcanzó 3.11 en 1979-1988. Además, en el primer decenio los artículos multiautorales constituyeron tan solo 37.23%, pero en el tercero representaron 69.20%. El incremento más notable, sucedió durante este último periodo y sobre todo a expensas de los artículos de ≥ 5 autores (*Cuadro 1*).

No es raro que a continuación del título de un artículo aparezcan diez o más nombres. Desde luego, hay casos extremos; por ejemplo, un artículo de escasamente 12 párrafos de extensión pero con 27 autores;¹⁵ o aquel sobre trasplantes de riñón en el que figuraban 36 autores.³ En 1975, la *New England Journal of Medicine* dejó escapar la oportunidad de igualar esta marca al relegar un número idéntico de autores a una nota al pie.¹¹ Tal parece que la marca mundial, al menos en la categoría de biomedicina, está por ahora en poder de la revista japonesa *Kansenshogaku Zasshi*, que en 1986 publicó un artículo con 193 autores.¹⁶

Los datos citados demuestran fehacientemente que la multiplicidad de autores es un hecho innegable. Además, no hay indicios de remisión, pues se prevé que el número de autores seguirá en ascenso a medida que

las diversas disciplinas de la ciencia crezcan y aumenten su importancia relativa.⁵

¿Cuántos más, mejor? Cabe preguntarse, entonces, si esta tendencia a la multiautoría se acompaña de un mejoramiento de la calidad del contenido de los artículos. Hay quien opina que, por desgracia, no es así; incluso, en muchos casos podría existir una relación inversamente proporcional entre el número de autores y dicha calidad.⁵ Se ha comprobado, por ejemplo, que el aumento del número de autores no acrecienta la frecuencia con que el artículo es citado, la cual constituye una medida de su aceptación por parte de la comunidad científica.⁶

No está claro, por otro lado, hasta qué punto el incremento de la autoría múltiple representa un aumento de la colaboración productiva entre los investigadores. Como el fenómeno se observa por igual en los artículos originales y de revisión que en los informes de casos, es probable que dicha colaboración no sea el único factor involucrado. Más que un incremento de la productividad neta, lo que se ha producido es un cambio radical de costumbres, pues ahora la gente prefiere publicar en forma colectiva.¹⁷

Es pertinente señalar que una proporción, difícil de cuantificar pero probablemente considerable, de esta alza inflacionaria proviene de la costumbre de considerar como autores a personas que no lo merecen.⁶ En efecto, aunque la autoría injustificada (véase más adelante) es un problema de índole distinta, a menudo se presenta asociada con la autoría múltiple.

Sobrecarga onerosa. El auge de los artículos multiautorales causa muchos problemas a los editores, los bibliógrafos y los investigadores.¹⁸ Uno de los más graves es el dispendio de recursos; en efecto, ya se trate de un gran organismo indizador o de una persona que confecciona una lista de referencias, la multiplicidad de

Cuadro 1: Cambios en la distribución de artículos monoautorales y multiautorales observados en el Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana durante el periodo 1959 - 1988 (volúmenes 46 al 105)

Decenio	Artículos n	Autores por artículo					
		1		2 - 4		$\geq 5^*$	
		Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%
1959 - 1968	795	499	62.77	242	30.44	54	6.79
1969 - 1978	708	388	54.80	257	36.30	63	8.90
1979 - 1988	685	211	30.80	315	45.99	159	23.21

* Se incluye los artículos de autor corporativo en los que no se indicó el número de integrantes.

nombres obliga a malgastar tiempo y esfuerzo muy valiosos.⁴

Entre 1955 y 1977, el peso promedio del *Index Medicus* aumentó siete veces hasta llegar aproximadamente a 30 Kg. Este crecimiento se debió en gran parte al ensanchamiento de la sección de autores por causa de la autoría múltiple; también fueron factores contribuyentes un mayor refinamiento y profundidad del proceso de indización. Se calculaba que, si las cosas seguían por el mismo camino, en 1985 esta publicación llegaría a pesar casi una tonelada.⁸ El pronóstico no se cumplió, pero no porque la tendencia se hubiera detenido o invertido, sino porque entró en escena la indización computarizada.

Vale la pena poner de relieve que la publicación científica, incluidos los servicios de diseminación secundaria, es muy costosa. Robert Day estima que la publicación de un artículo científico tiene un costo aproximado de \$US 0.12 por palabra; esta cantidad se vuelve a pagar cada vez que el artículo es incluido en una publicación secundaria a base de resúmenes.¹⁵ Por lo tanto, la utilización racional, eficiente y óptima de este sistema de comunicación es no solo una necesidad sino un deber moral de todos los que tenemos algo que ver con él.

Sin olvidar la enormidad de los problemas bibliográficos y económicos, tiene quizá mayor importancia el efecto de degradación de la autoría producido por esta hiperplasia autorial. Al incluir a todo posible participante, la aportación intelectual de cada persona se diluye tanto que el concepto de autor pierde gran parte de su sentido. Cuando, entre una multitud de nombres, el lector identifica el de algún investigador que conoce, puede formarse cierta idea con respecto a la contribución de éste en el trabajo; pero también es muy probable que se percate de que para hacer el artículo habría bastado con la mitad de esas personas.⁴

Para combatir la multiautoría, algunos directores de revistas han abogado por imponer un límite al número de autores que pueden aparecer en los artículos que estas publican (por ej., cinco como máximo).¹⁹ Esta medida puede parecer excesiva, pero es sintomática de la magnitud que ha alcanzado el problema.

Sin embargo, para tranquilidad de los investigadores que tienen razones bien fundadas para escribir un artículo multiautoral, hay que señalar que este tipo de decisiones aún son excepcionales. Es más, Arnold Relman, director de la *New England Journal of Medicine*, opina que, si las reglas para definir la autoría se cumplen escrupulosamente, las revistas deben publicar los nombres que sean necesarios y lo harán en la forma acostumbrada. [El subrayado es mío]. Esta es la norma que él sigue en su publicación.²⁰

En la sección que sigue se explican con detalles algunas de esas reglas.

LA AUTORIA INJUSTIFICADA

El Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas (CIERM) considera que la autoría debe otorgarse únicamente a las personas que han hecho una contribución intelectual sustancial y, además, están dispuestas a asumir responsabilidad pública por el contenido de un artículo científico.²¹

En contraposición, la autoría injustificada es la costumbre de incluir como autores a personas cuya contribución al artículo es mínima o nula. La autoría incompleta consiste en negarle el crédito de autor a una persona que es responsable de una parte decisiva del contenido intelectual del artículo. Ambas constituyen la llamada autoría irresponsable. Entre las diversas infracciones a la ética que se cometen en el campo de las publicaciones científicas, la autoría irresponsable es menos llamativa y espectacular que el fraude, pero puede resultar más dañina porque está difundida y no se le presta suficiente atención.²²

En los últimos años, hemos atestiguado una tendencia creciente a la inclusión de autores en un número desproporcionadamente elevado para el trabajo intelectual que el artículo representa.²² En estas circunstancias, el apiñamiento de nombres a continuación del título suscita un interrogante en la mente de muchos lectores; ¿cuántas de esas personas merecen legítimamente la autoría?^{1,6} Si la respuesta no es clara, puede quedar al menos la sospecha de que algunos llegaron a ocupar ese sitio de privilegio por medios ilícitos.

De esta manera, la multiautoría se convierte en un pretexto detrás de que se escudan muchas autorías indebidamente concedidas. Pese a esta relación, que incluso permite aventurar la hipótesis de que los abusos en la concesión del crédito de autor son más frecuentes en los documentos firmados por muchas personas, se trata de dos cosas diferentes.

Por un lado, si bien la autoría múltiple produce muchos trastornos y problemas económicos al sistema de la comunicación científica, no constituye por sí misma una falta a la ética; como ya se dijo, muchas veces se explica por razones válidas.^{2,3,5} Por otro lado, la autoría injustificada, que siempre es una infracción a la ética, no representa simplemente un problema de números.²² En un documento firmado por dos personas, una de ellas pudo haber recibido la autoría de manera gratuita. Dicho de otro modo, lo que está en duda no es el número de autores legítimos, sino la legitimidad de la autoría, con independencia del número.⁵

Frecuencia. Al contrario de la autoría múltiple, que se cuantifica con facilidad, no se conoce con certeza la prevalencia de la autoría injustificada. Las pruebas acerca de este abuso son escasas y en gran medida

anecdóticas.²² Si bien el tema se ha abordado a menudo en la bibliografía médica en idioma inglés, no se han hecho estudios completos y cuantitativos sobre la frecuencia con que se presentan este y otros problemas relacionados con las publicaciones científicas.^{3,17,22}

Esta falta de información no es tan sorprendente como parece, pues no es fácil que alguien se anime a hacer una investigación sobre un asunto de índole ética. En los Estados Unidos, un motivo adicional de disuasión sería la amenaza de demandas judiciales por difamación.⁷ Más aún, a pesar de que algún autor ha hecho pública confesión de un peccadillo de juventud de esta clase,²³ pocos se atreverían a reconocer públicamente que han incurrido en semejante falta.

La escasez de pruebas objetivas no constituye una demostración de que el problema no existe ni tampoco puede servir de argumento para restarle importancia. Prácticamente en todos los artículos y libros consultados al elaborar esta revisión, la mayoría de los cuales fueron escritos por directores de revistas, se señala que la autoría injustificada es cada vez más común (véase Referencias).

Si al lector aún le queda alguna duda acerca de este punto, reflexione un poco sobre su propia experiencia en relación con el medio académico y de la investigación científica y diga si no le resultan familiares algunos de los casos que se describen en seguida.

Manifestaciones. La actitud de quienes incurren en la autoría injustificada oscila entre la ignorancia o la confusión genuinas, sin mala fe, y la franca deshonestidad.²⁴ No pueden excluirse el egocentrismo y el autobombo como factores contribuyentes.⁶ Esto puede comprobarse en la somera discreción que en seguida se hace de las formas más comunes que adopta esta falta de ética.

- Es un secreto a voces que muchos directores de instituciones y jefes de departamento imponen sistemáticamente su nombre en todos los trabajos escritos por sus subordinados, aunque no hayan participado o lo hayan hecho marginalmente en la investigación correspondiente.^{3,6,18,20} Según Chernin, citado por Kronick, esto equivale al derecho de pernada de los señores feudales.³
- En una variante del caso anterior, algunos jefes llegan al extremo de comisionar la redacción de un artículo a sus subordinados y luego se apropian tranquilamente de una parte de la autoría, si no es que de toda.
- El reverso de la medalla está representado por los investigadores novicios que escriben un artículo e injustificadamente agregan a la lista de autores el nombre de algún superior o colega mejor situado que ellos porque: a) quieren adularlo y granjearse su favor, b) tienen la esperanza de que la inclusión de un nombre conocido acreciente las probabilidades de publicación del manuscrito.^{17,24} Como dice el refrán, "el que a buen árbol se arrima..."
- Hay veces en que el honor de la autoría se concede sin fundamento a un investigador novicio, con la idea de recompensarlo o estimularlo.⁴
- En ocasiones se forman grupos de profesionales que celebran una especie de pacto por virtud del cual, si alguno de ellos escribe un artículo, automáticamente agrega el nombre de los demás como autores aunque éstos no hayan intervenido en el trabajo.⁴ Puede ser tremendo el efecto multiplicador de la bibliografía personal derivado de esta práctica, que podría reclamar para sí el lema de los Tes Mosqueteros: "Uno para todos y todos para uno".
- En ciertas circunstancias, los autores verdaderos se ven presionados a inducir el nombre de personas que se limitan a proporcionar ciertas orientaciones técnicas que no justifican la autoría. Tal es el caso de los radiólogos, patólogos, fisiólogos, bioquímicos, estadísticos y otros profesionales que a veces exigen el crédito de autores por el simple hecho de haber dado un consejo, sin detenerse a analizar si éste fue verdaderamente importante o decisivo en el desarrollo del trabajo.⁴
- El hecho de que en un informe de caso acerca de la más sencilla observación clínica aparezca una larga lista de nombres sienta un mal precedente y representa una fuerte tentación para que otros investigadores, siguiendo el mal ejemplo, pongan en sus artículos más autores de lo debido.²⁵
- Incluso, hay quienes conceden la autoría para halagar, y de paso ayudar, a la novia, el cónyuge, un amigo o alguna otra persona con quien le unen lazos afectivos. Es decir, la autoría se emplea en forma indebida para saldar deudas o solicitar favores²⁵ que no son forzosamente de carácter científico.
- Muchas veces la autoría injustificada se produce simple y llanamente por ignorancia, pues los investigadores agregan nombres a la lista de autores sin ton ni son, sin saber que existen criterios y normas para hacerlo,⁶ tales como los que se describen más adelante.
- Por último, sea cual fuere la forma adoptada, la autoría espuria opera a veces bajo el amparo de una "tradición" mal entendida: simplemente, así se acostumbra en un lugar determinado y nadie, por conveniencia o por temor a represalias, lo pone en tela de juicio.

No está de más recalcar que toda usurpación de la autoría es éticamente inaceptable y que quien comete este tipo de infracción debería hacerse acreedor, por lo menos, a una sanción moral de parte de sus colegas.

Causas y factores contribuyentes. Los abusos de carácter ético que se producen en el campo de las publicaciones científicas tienen su origen en algunos rasgos culturales y sociológicos propios del ámbito de la investigación científica y la enseñanza superior. Además, en cierto modo son también un reflejo del mundo en que vivimos. Por lo tanto, es probable que las causas fundamentales de estos abusos sean complejas y profundas. Por ello, aun sin pretender desentrañar todas las causas ni hacer un análisis exhaustivo de las mismas, es conveniente comentar algunos hechos fundamentales que ayudarán a entender las razones que puede haber detrás de la comisión de tales actos.

Ser autor de un artículo científico que se publica representa uno de los logros profesionales más trascendentes y palpables; al mismo tiempo, es un logro muy difícil de obtener.²⁶ Publicar no es cosa fácil, pero hacerlo con regularidad y calidad trae consigo recompensas profesionales y personales que a todos nos agradan; es rara la persona a quien no le gusta ver su nombre impreso en letras de molde.²⁰ Por estas razones, el acto de publicar tiene un gran valor intelectual para los profesionales y para las instituciones a las que sirven;²² al mismo tiempo, representa una tentación muy poderosa para los inescrupulosos.

Por si fuera poco, el ascenso profesional puede depender en gran medida de esta actividad. Se afirma que una larga lista de trabajos publicados ayuda a fortalecer el *curriculum vitae*, cosa que con el tiempo puede facilitar el acceso a mejores empleos, la obtención de ascensos y el ingreso en sociedades profesionales de prestigio.⁶ De modo semejante, representa un apoyo valioso en la lucha incesante por allegarse fondos para investigación y enseñanza.¹⁷

Así pues, la autoría es importante también porque en la realidad posee un gran valor económico.⁵ En efecto, si por medio de las publicaciones se tiene acceso a prestigio, influencia y mayores ingresos, y si además la autoría es decisiva para conseguir financiamiento y mejorar el propio status profesional, los problemas éticos relacionados con las publicaciones científicas tienen una base esencialmente económica.^{1,22}

No es de extrañar, por tanto, que muchos investigadores y profesores se afanen por hacerse de una bibliografía personal tan extensa como sea posible. Desgraciadamente, en el proceso algunos no paran mientras en los medios y sacrifican la calidad en aras de la cantidad.^{15,27}

La situación empeora porque hay quienes consideran que la autoría es una especie de derecho natural,

recompensa o pase gratuito que se recibe por el solo hecho de ser profesor o investigador.²⁷ Así, el artículo científico queda a veces reducido a la triste condición de mero instrumento útil a los fines de los arribistas de la ciencia y la enseñanza universitaria.¹⁷

Vista contra el telón de fondo recién esbozado, cobra todo su sentido de vívida imagen forjada por Huth, quien describe los artículos científicos en preparación como "balsas salvavidas" que incitan a los autores en potencia a luchar denodadamente por hacerse de un lugar a bordo de ellas, pues representan la oportunidad de sobrevivir en el proceloso mar de la competición académica.⁵

Para resumir, el medio académico y el de la investigación científica suelen generar presiones extraordinarias para que los profesionales publiquen. Esta situación queda crudamente expresada en la conocida sentencia "Publicar o perecer", que algunos obedecen a ciegas como si fuera un mandamiento y otros aprovechen gustosamente como un parapeto. En dicha frase, por cierto, queda resumida una de las causas profundas del problema.

Consecuencias. La autoría injustificada lleva implícitas, por lo menos, dos faltas de ética: solicitar o aceptar crédito por algo que uno no ha hecho y utilizar ese crédito mal habido para obtener algún provecho. Tal vez la peor de las repercusiones de este abuso sea que, junto con el plagio, el fraude, la costumbre de escamotearle el crédito debido al trabajo y las ideas de otros, la publicación múltiple, la publicación fragmentaria y otros vicios semejantes cada vez más difundidos, está contribuyendo a mirar los cimientos éticos de la comunidad académica y científica.²²

El artículo científico se cambió originalmente como un vehículo para transmitir la verdad científica y un foro para especular acerca de las obras de la naturaleza.¹⁷ Asimismo, se le reconoce como un signo de creatividad y una prueba documental de productividad original.²⁰ En consonancia con lo anterior, la autoría representa uno de los reconocimientos más significativos para honrar a los practicantes de la ciencia; por tal motivo, suele ser considerada como un signo de logro y de éxito legítimos.^{2,18}

Sin embargo, en los tiempos que corren la autoría tiende a ser vista como una prebenda más bien que como un medio de conceder crédito al trabajo creativo;⁴ por obra y gracia de los pseudoautores, ha degenerado en un instrumento de compra-venta o una mercancía. Esta degradación menoscaba el reconocimiento que concede a los verdaderos autores¹⁸ y esto constituye una injusticia evidente.

Pero la autoría injustificada no solo empaña la labor de los autores genuinos, sino que puede volverse en contra de quienes la perpetran. En ocasiones, quien lee

un artículo se percata de que las personas que lo firman hicieron trampa al conceder la autoría. En tal caso, puede sospechar que también la hicieron en otras partes del documento o de la investigación que este da a conocer.

Hay algo que debe quedar muy claro: la autoría no es solo una recompensa y un estímulo para el investigador que trabaja honradamente, sino que también entraña grandes responsabilidades. Estas tienen que ver con el contenido del artículo, con la reputación de los autores y de la institución que representan y, en última instancia, con la integridad de la ciencia.²⁷

Soluciones. Si las causas fundamentales del problema que hemos venido comentando son complejas y están estrechamente vinculadas con la subcultura de los medios científico y académico, y con la cultura general en que éstos se hallan inmersos, las soluciones definitivas tendrán que aguardar a que se produzcan modificaciones profundas en los ámbitos de la enseñanza y la ciencia así como en la propia sociedad. Pero no podemos cruzarnos de brazos y esperar que esto suceda; ahora mismo es factible adoptar una serie de medidas correctivas y preventivas que pueden dar buenos resultados a corto plazo.

En primer término, es clara la necesidad de que las instituciones y los grupos de investigación, así como los investigadores a título personal, evalúen críticamente sus normas sobre autoría. Esta condición es esencial para garantizar que las personas designadas como autores participaron efectiva y sustancialmente en la investigación y, sobre todo, que están dispuestas a asumir la responsabilidad correspondiente.^{4,5,21} Esta medida exige como complemento la aceptación generalizada de criterios muy claros y específicos en relación con la autoría en todas las disciplinas científicas.²² Afortunadamente, varias organizaciones han tomado en sus manos la tarea de fijar normas y criterios al respecto; sobresale entre ellas el Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas (CIERM), también conocido como Grupo de Vancouver.

Las normas sobre autoría emitidas por el CIERM han logrado gran aceptación entre muchas revistas biomédicas de todo el mundo, incluidas algunas de las más prestigiosas. Por la trascendencia y utilidad de dichas pautas, vale la pena reproducirlas íntegramente.²¹

Autoría

Todas las personas designadas como autores deben cumplir ciertos requisitos para tener derecho a la autoría. Cada autor debe haber participado en el trabajo en grado suficiente para asumir responsabilidad pública por su contenido.

Para concederle a alguien el crédito de autor, hay que basarse únicamente en su contribución esencial por lo que se refiere a: a) la concepción y el diseño del estudio, o el análisis y la interpretación de los datos; b) la redacción del artículo o la revisión crítica de una parte importante de su contenido intelectual; y c) la aprobación final de la versión que será publicada. Los requisitos a, b y c deben cumplirse siempre. La participación que se limita a conseguir financiamiento o recoger datos no justifica que se le conceda a nadie el crédito de autor. Tampoco basta con haber ejercido la supervisión general del grupo de investigación. Toda parte del artículo que sea decisiva con respecto a las conclusiones principales debe ser responsabilidad de por lo menos uno de los autores.

En un artículo de autor corporativo (colectivo) se debe especificar quiénes son las personas principales que responden del documento; a las demás personas que colaboraron en el trabajo se les debe conceder un reconocimiento por separado (véase Agradecimientos).

Los editores podrán solicitar a los autores que justifiquen la asignación de la autoría.

Cabe destacar que la definición de autoría del CIERM tiene en cuenta no solo a los que están y no son, sino también a los que son y no están.²⁸

Asimismo, en ellas se reconoce que la denegación de la autoría no equivale a negar el crédito debido por la ayuda recibida. Aun así, la expresión de los agradecimientos debe también sujetarse a ciertas normas prácticas y éticas.

Las pautas propuestas de manera colectiva por los editores de revistas son importantes sobre todo porque pueden ejercer cierta presión moral. De ellas se espera en especial que tengan un efecto educativo y que brinden apoyo y orientación a los autores y a los editores en los casos de autoría dudosa. Por lo demás, sin duda contribuirán a limitar la tendencia inflacionaria en el número de autores y, por el hincapié que hacen en la responsabilidad, opondrán una barrera a los Münchhausen de las publicaciones biomédicas.²⁸

Hay que recorrer que estas normas están dirigidas contra los síntomas y no contra las causas. Además, por muy justas y completas que sean, es muy difícil hacerlas cumplir y se acepta que por sí solas no bastarán a impedir por completo los abusos en la atribución de la autoría.^{1,2,7,18}

Esto nos lleva a las soluciones que se han ideado para hacer frente al problema en su origen, entre las cuales sobresalen dos. La primera consiste en imponer un límite al número de publicaciones que pueden ser consideradas por los comités de selección al conceder

puestos, promociones o subvenciones. Por ejemplo, se tendrían en cuenta los tres artículos que el propio candidato considera como los mejores que ha escrito, y el máximo serían quizá en un lapso de cinco años. De esta manera, la atención volverá a concentrarse en la calidad más que en la cantidad.²⁹ Hay indicios de que esta propuesta ha tenido una acogida favorable, pero aún habrá que esperar algún tiempo para evaluar sus efectos.

La segunda se propone acometer el problema por otro flanco. La solución, afirman otros autores, radica en remplazar el concepto de autoría por el de crédito; es decir, lo importante es definir a quién se le debe conceder crédito por una publicación y la forma que este debe adoptar.²⁴ Si esta propuesta prospera, es posible que en el futuro todo artículo científico vaya acompañado de un larga lista de créditos, de manera muy semejante a las películas cinematográficas.¹⁸

No está claro si tal sustitución acabaría con los abusos en relación con la autoría, pero tal parece que crearía una demanda adicional por el espacio, de por sí escaso y costoso, en las publicaciones primarias y secundarias. La consecuencia de ello sería una sobrecarga como la que actualmente produce la autoría múltiple.

Las propuestas de solución han sido abundantes y muy variadas y sin duda seguirán apareciendo. Sin embargo, debemos estar alerta para que el deseo de resolver el problema no nos lleve a promulgar una cantidad excesiva de normas poco o nada eficaces que tan solo consigan aumentar la burocracia editorial y obstaculizar la comunicación entre autores y editores. No perdamos de vista que, en última instancia, las decisiones acerca de la autoría las deben tomar las personas directamente involucradas.

CONCLUSIONES

No se puede negar que la autoría múltiple es un fenómeno importante y que se observa con gran frecuencia en las publicaciones científicas contemporáneas. Sin embargo, debe limitarse a los casos estrictamente necesarios y con plena justificación; por ejemplo, los estudios en colaboración y los ensayos clínicos multiinstitucionales.

Todos debemos estar conscientes de que los artículos multiautorales sobrecargan y encarecen el sistema de diseminación de información científica; no siempre se acompañan de un incremento en la calidad del contenido; pueden menoscabar el valor de la autoría y, por último, a veces cruzan la frontera ética de la autoría injustificada.

Por su parte, la autoría injustificada es la expresión más común de la autoría irresponsable y actualmente

está muy difundida. Representa una de las numerosas consecuencias negativas de la obsesión por publicar a toda costa, la cual está socavando a grandes pasos los fundamentos éticos en que debe basarse la investigación científica.

La gente de ciencia, en forma individual y colectiva, debe detenerse a revisar críticamente su actitud con respecto a la autoría y reconocer que existen límites que no deben ser traspasados. Hay que pugnar por restituirle a la autoría su valor originario de reconocimiento honroso a la contribución intelectual creativa. Al mismo tiempo, el artículo científico debe estar al servicio exclusivo de la ciencia, no de los intereses personales de nadie.

Es muy probable que para lograr cabalmente estos objetivos sea necesaria una transformación profunda de la organización y la forma de pensar de la comunidad científica. Aun así, muchas cosas pueden empezar a mejorar desde ahora si reconocemos que el problema es grave y nos proponemos contribuir a resolverlo. En esta tarea puede resultar muy útil la guía de las normas emitidas por un organismo de tanta reputación como el Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas.

Finalmente, es preciso recalcar que la autoría múltiple y la injustificada —lo mismo que otros problemas de ética relacionados con las investigaciones y las publicaciones científicas— ocurren también en América Latina. Si bien estos temas se han empezado a abordar en algunas publicaciones latinoamericanas,³⁰⁻³² creo que aún no se han analizado cabalmente como el caso lo exige. Por tal motivo, espero que la presente revisión se sume a esas contribuciones precursoras y coadyuve a que los autores, editores y lectores latinoamericanos terminen de percatarse de la importancia de estos asuntos de índole ética y de la necesidad inaplazable de ampliar y profundizar el debate en torno a ellos.

AGRADECIMIENTO

Quede constancia de mi gratitud a mis colegas Judith Navarro, de la Organización Panamericana de la Salud, y Jorge Avendaño Inestillas, de La Prensa Médica Mexicana, cuyas atinadas críticas y sugerencias al borrador de este artículo contribuyeron a mejorarlo sustancialmente. Desde luego, esto no quiere decir que estén de acuerdo con todo lo que se afirma aquí.

BIBLIOGRAFIA

1. *Who should be an author [Editorial]* *Br Med J* 1983;287:1569-1570.
2. Bishop CT. *How to Edit a Scientific Journal*. Filadelfia ISI Press 1984.
3. Kronick DA. *The Literature of the Life Sciences. Writing, Research*. Filadelfia, ISI Press, 1985.
4. Alexander RS. *Trends in authorship*. *Arch Intern Med* 1970;125:771-772.
5. Huth EJ: *Authorship from the reader's side [Editorial]*. *Ann Intern Med* 1982;97:613-614.

6. Burman KD. "Hanging from the masthead": reflections on authorship. *Ann Intern Med* 1982;97:602-605.
7. Huth EJ. *Abuses and uses of authorship* [Editorial]. *Ann Intern Med* 1986;104:266-267.
8. Durack DT. *The weight of medical knowledge*. *N Engl J Med* 1978;298:773-775.
9. Yankauer A. *The American Journal of Public Health, 1911-85*. *Am J Public Health* 1986;76:809-815.
10. Velásquez Jones L. *Cuarenta años del Boletín Médico del Hospital Infantil de México. Características y evolución*. *Bol Med Hosp Infant Méx* 1983;40:4-8.
11. Garfield E. *The 300 most-cited authors, 1961-1976, including co-authors. 3A. Their most-cited papers-Introduction and journal analysis*. *Current Contents* 1978;(47):689-700.
12. Strub RL, Black FW. *Multiple authorship* [Carta]. *Lancet* 2:1090-1091, 1976.
13. Fletcher RH, Fletcher SW. *Clinical research in general medical journals. a 30-year perspective*. *N Engl J Med* 1979;301:180-183.
14. Gascón ME, Mur P, Nolasco A, Alvarez Dardet C, Bolumar F. *La investigación clínica en España: características de los autores*. *Med Clin (Barcelona)* 1986;87:444-447.
15. Day RA. *How to Write and Publish a Scientific Paper 3a. ed*. Phoenix, Arizona, Oryx Press, 1988.
16. Byrne G. Author proliferation. *Science* 1988;241:1437.
17. Broad WJ. *Crisis in publishing: credit or credibility?* *BioScience* 1982;32:645-647.
18. Garfield E. *More on the ethics of scientific publication: abuses of authorship attribution and citation amnesia undermine the reward system of science*. *Current Contents* 1982;(30):621-626.
19. Bax MCO. *Who is an author?* [Carta]. *Lancet* 1984;2:815.
20. Reiman S. Publications and promotions for the clinical investigator. *Clin Pharmacol Ther* 1979;25:673-676.
21. Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas. *Requisitos uniformes para preparar los manuscritos que se proponen para publicación en revistas biomédicas*. *Bol Of Sanit Panam* 1989;107:422-437.
22. Huth EJ. *Irresponsible authorship and wasteful publication*. *Ann Intern Med* 1986;104:257-259.
23. Yankauer A. *Editor's report—On decisions and authorships* [Editorial]. *Am J Public Health* 1987;77:271-273.
24. Fotion N, Conrad CC. *Authorship and other credits*. *Ann Intern Med* 1984;100:592-594.
25. Morgan PP. *How many authors can dance on the head of an article?* [Editorial] *Can Med Assoc J* 1984;130:842.
26. *Authors*. [Editorial]. *Lancet* 1982;2:1199.
27. Huth EJ. *Responsibilities of coauthorship* [Editorial]. *Ann Intern Med* 1983;99:266-267.
28. *Editorial consensus on authorship and other matters* [Editorial]. *Lancet* 1985;2:595.
29. Angell M. *Publish or perish: a proposal*. *Ann Intern Med* 1986;104:261-262.
30. Gordillo Paniagua G. *Sobre las autorías de los artículos* [Editorial]. *Bol Med Hosp Infant Mex* 1983;40:113-114.
31. Velásquez Jones L. *Selección de los autores de un escrito médico*. [Editorial] *Bol. Med Hosp Infant Mex* 1986;43:399-401.
32. Montenegro MR, Alves VAF. *Crerios de autoria e co-autora em trabalhos científicos* [Editorial]. *Rev Inst Med Trop Sao Paulo* 1987;29:191-193.

CONTRACTURA CICATRIZAL POSTQUEMADURA DEL CUELLO

*Dr. Serafín M. Iglesias Vega, **Dr. Roberto Reyes Márquez

RESUMEN

La contractura cicatrizal postquemadura en cuello sigue siendo un problema vigente en nuestro medio. Se aborda este tema analizando el manejo quirúrgico y postquirúrgico de este tipo de pacientes.

Palabras clave: Contractura cicatrizal postquemadura del cuello, manejo quirúrgico y postquirúrgico.

SUMMARY

Post-burn scar contracture of the neck is still a problem in our country. This issue is approached analyzing the surgical and post-surgical treatment of such patients.

Key words: Post-burn scar contracture of the neck, surgical and post surgical treatment

Las contracturas cicatrizales del cuello después de quemaduras constituyen aún una de las afecciones más frecuentes del cuello, sobre todo en lo que a su cara anterior se refiere. Desde los reportes de Cronin,^{1,2} el tratamiento de una contractura "compleja" del cuello incluye múltiples operaciones con colgajos, o bien "reinjerciones" del área, ya sea de espesor parcial o total. Cronin mismo demostró que la aplicación prolongada de presión sobre el cuello injertado mediante férulas elásticas, resultaba en un modelado del injerto y reducía las contracturas. De hecho, la cara anterior del cuello conformó una de las regiones más difíciles de injertar por la complejidad para aplicar presión al injerto. Sin embargo, hoy día es una de las regiones que mejor integran el injerto, gracias a la creación de múltiples modelos de férulas elásticas, como lo demuestran trabajos de Dingman,³ Mendoza,⁴ Gottlieb,⁵ Cramer,⁶ Tanzer,⁷ Gibbons,⁸ Pitanguy,⁹ Converse,¹⁰ Fujimori,¹¹ y otros autores.

La contractura postquemadura del cuello puede implicar sólo alguna región del mismo, y en caso de presentar orientación vertical, es frecuente la presencia de bandas que limitan su arco de movilidad. Si la parciali-

dad del área quemada toma orientación horizontal, el adelgazamiento de la piel adyacente suele también terminar en una banda constrictiva. Actualmente, la reparación de una constricción del cuello postquemadura es relativamente fácil de tratar mediante el retiro total del área afectada y colocando en este sitio un injerto de espesor parcial; sin embargo, cuando es parcial el área a tratar, la diferencia entre la piel normal y la no elástica brinda grandes contrastes. Aquí se recomienda el empleo de plastias en "Z" que puedan ser complementadas con pequeños injertos, cuando lo ameriten los diseños de éstas, para dar elongación al tejido.

PREVENCIÓN DE LAS CONTRACTURAS DE CUELLO

Idealmente, las contracturas del cuello post-quemadura más que repararse deben prevenirse. El cuello quemado deberá mantenerse hiperextendido, evitando el uso de la almohada o acojinamiento alguno. Willis¹² ya demostró que el empleo de férulas con polímeros de isopreno pueden lograr el modelado del cuello mientras éste cicatriza. En nuestro medio, el empleo de collarines de Thomas multiacolchados ha ofrecido el mismo resultado eficiente. Sin embargo, para tener éxito en este renglón, el cuello quemado deberá someterse a una rápida limpieza y a injertarlo lo más pronto posible, manteniendo en todo momento la hiperextensión, aún con métodos de fijación externa, como lo referimos posteriormente. La posibilidad de aplicar un injerto de es-

* Jefe del Servicio de Cirugía Plástica Reconstructiva del Hospital Azucarero. Profesor adjunto del curso de Cirugía Plástica y Reconstructiva del Hospital Regional "20 de Noviembre" ISSSTE.

** Profesor Titular del curso de Cirugía Plástica Reconstructiva. Hospital Regional "20 de Noviembre", ISSSTE. Cirujano Plástico Adscrito al mismo servicio.

pesor total podrá diferirse hasta por cuatro semanas de no obtenerse un lecho receptor limpio, o bien si el cuello presenta daños circunferenciales amplios que impidan el adecuado manejo de los injertos. Aún en estas condiciones deberá considerarse la probabilidad de colocar injertos de espesor parcial y aceptar la presencia de contracturas que se tratarán posteriormente si ocurren pese a las medidas para evitarlas.

EXCISION DE LA CICATRIZ

La excisión completa de la cicatriz postquemadura en el cuello es la indicada generalmente para disminuir la contractura postoperatoria. Aún si la retracción sobrepasa los bordes inferiores de la mandíbula o del mentón, es preferible retirarlos, ya que con una pequeña extensión de la férula se pueden abarcar para fijar los injertos.

En sentido inferior, la excisión puede extenderse ligeramente por debajo del borde clavicular, y de existir cicatriz por debajo de este nivel, es aconsejable abordarla en un acto quirúrgico posterior, pues no es raro encontrar que, cuando se abordan e injertan en forma simultánea, vuelve a presentarse el efecto de contractura. En cuanto a las áreas laterales del cuello se refiere, mencionamos que la plastia en "Z" es la primera opción; se realiza con la piel local sólo uno de los brazos de la "Z", y con el injerto se elabora el otro. Cabe mencionar aquí que, de persistir el ángulo mento-cuello obtuso, se debe realizar un abordaje del músculo cutáneo del cuello (platisma) mediante otra zetaplastia, o bien por otro diseño que logre la angulación deseada.

Si a pesar de lo anterior el cuello persiste retraído, la tracción de la cabeza mediante un gancho elaborado con un clavo Kirschner es un recurso útil. Este se coloca bajo la sínfisis mandibular por el tiempo que sea necesario durante la aplicación de los injertos. Evans¹³ describió el uso de uno de estos clavos que atravesaba de lado a lado la mandíbula al mismo nivel sinfisiario para tal propósito.

Una vez liberada la tensión, *no es recomendable* la aplicación inmediata de los injertos.

La zona y el procedimiento son demasiado valiosos como para exponerlos a la presencia de seromas o hematomas que interfieran con su integración.

Así pues, lo procedente es mantener desnuda la región y cubrirla con telas suaves o gasas impregnadas de sustancias oleosas, o bien de nitrofurazona, que sólo impidan su adhesión, hasta que obtengamos un lecho receptor finalmente granulado, lo cual ocurre en unos cinco a siete días como promedio. El quinto día suele ser con frecuencia el más indicado, pues es cuando se advierte la presencia de granulación y, de existir áreas de necrosis grasa, ésta puede ser retirada.

De igual manera, con diferir por más tiempo la colocación de los injertos suele llevar a la epitelización en los bordes de la herida que deberán ser retirados, con el riesgo de nuevos hematomas en estas áreas.

En cuanto a la toma de los injertos, mencionaremos que es preferible tomarlos con dermatomas del tipo Padgett-Hood o Reese, ya que brindan la posibilidad de tomar superficies amplias que con una pieza cubran mayor área del cuello. Si son varias las piezas dérmicas por injertar, se recomienda colocar éstas de manera que los lados libres conformen diseños horizontales de cicatriz y el segundo brazo de la "Z", si hubo necesidad de ésta en los lados del cuello. La sutura y fijación de los injertos debe ser cuidadosa y fina para obtener buenas cicatrices y evitar hematomas o seromas. El área se cubre igualmente con gasas impregnadas de sustancias oleosas que impidan su adhesión a los injertos y muy abundantes a fin de proporcionar la presión suficiente sobre los injertos.

Este vendaje deberá ser retirado al tercer día postoperatorio, ya que la presencia de seromas o edema de los tejidos puede hacer que el movimiento laríngeo de la deglución impida la integración de la zona suprayacente, por lo que de aquí en adelante el manejo del injerto será abierto, drenando de inmediato los seromas y colecciones que se presenten. Los injertos acabarán por integrarse en aproximadamente siete a diez días postoperatorios, y pueden entonces soportar la colocación de férulas suaves que mantengan la hiperextensión del cuello y el modelado de los ángulos del mismo. Para este propósito se han diseñado multitud de ellas, desde las de confección rígida y permanente, como Koepke y Feller,¹⁴ con varillas interpuestas en la férula; semirrígidas como la propuesta por Cronin,¹⁵ o suaves, como la mencionada en función del collarín de Thomas.

El tiempo de permanencia de esta férulas variará de acuerdo al ritmo de actividad cicatrizal de cada paciente, pero recomendamos que no sea menor a seis meses, y puede prolongarse por tiempo indefinido, ya que el paciente puede usar alternadamente la férula. Este puede reincorporarse a sus actividades laborales al mes de operado. Recomendamos el empleo continuo de sustancias hidratantes y lubricantes para la piel.

BIBLIOGRAFIA

1. Cronin TD. *Successful correction of extensive scar contractures of the neck using splint skin grafts*. In: Sckoog T, Ivy RH editors. *Transactions of the International Society of Plastic Surgery (1er. Congreso)*, Baltimore, 1957, Williams y Wilkins Co. pp.130-136.
2. Cronin TD. *The use of a molded splint to prevent contracture in the neck*. *Plast Reconstr Surg* 1961;27:7-18.
3. Dingman RO. *The surgical correction of burn scar contractures of the neck*. *Surg Clin N Am* 1961;41:1169-1173.
4. Mendoza CA et al. *Prevention of contractures following burns*. *Bol Soc Venezolana* 1961;15:381-386.

5. Gottlieb E. *Prolonged postoperative pressure as an adjunct to plastic surgery of the neck*. *Plast Reconstr Surg* 1963;32:600-606.
6. Cramer LM. *Cervical splinting for burn contracture*. *Plast Reconstr Surg* 1964;34:293-295.
7. Tanzer RC. *Burn contracture of the neck*. *Plast Reconstr Surg* 1964;33:207-212.
8. Gibbons WP. *Innovations of skin grafting as applied to chin-chest contractures*. *Plast Reconstr Surg* 1965;35:322-326.
9. Pitanguy I, Bisaggio S. *Retrações, cicatríciais do pescoço*. *Rev Brasil Cir* 1967;53:469-481.
10. Converse JM. *Burn deformities of the face and neck, reconstructive surgery and rehabilitation*. *Surg Clin N Am* 1967;47(2):323-354.
11. Fujimori A. *Sponge fixation method of early scars*. *Plast Reconstr Surg* 1968;42:322-327.
12. Willis B. *The use of orthoplast isoprene splints in the treatments of the acutely burned child*. *Am J Occup Ther* 1970;24:3.

Dirección para correspondencia:

Homero 404-5o. piso
Col. Polanco
11560 México, D.F.
Tels 254-40-06 y 531-18-45

EXPERIENCIA CON NUTRICION PARENTERAL EN PACIENTES QUEMADOS

*Dr. Eduardo Ramírez Almazán

**Dr. Diego García Torres

RESUMEN

Se revisa la experiencia obtenida en el Servicio de Quemados del Hospital de Traumatología y Ortopedia "Lomas Verdes", del IMSS, con 16 pacientes que recibieron apoyo nutricional mixto consistente en nutrición parenteral total (NPT) más dieta terapéutica, en el curso de un año (1991). Se comparó la mortalidad del servicio en 1990, que fue de 25 pacientes, con promedio de estancia intrahospitalaria de 28.9 días, con la de 1991, en que hubo sólo 15 defunciones y el promedio de estancia fue de 18.3 días. Pese a que el grupo de estudio fue reducido, saltan a la vista los beneficios del apoyo nutricional al comparar la mortalidad y el lapso de estancia intrahospitalaria, que en algunos casos se reduce hasta en un 50 por ciento.

Palabras clave: Nutrición parenteral total más dieta mixta, paciente quemado, beneficios.

SUMMARY

The experience with parenteral nutrition at an institutional hospital is assessed, with 16 patients that received mixed nutritional support consisting in total parenteral nutrition (TPN) plus therapeutic diet, during one year (1991). Both, the mortality rate of the Department and the length of hospitalization showed a decrease as compared to those for 1990. Although the group of patients subject to study was small, the benefits of nutritional support are so evident as mortality and length of hospital stay are compared to those of patients without nutritional support, showing a reduction of up to 50 percent in some cases.

Key words: Total parenteral nutrition plus therapeutic diet, burnt patient, benefits.

INTRODUCCION

El paciente quemado cursa con un estado hipercatabólico severo, estimulado por la magnitud de la lesión. Se alcanza un máximo de dos a dos y media veces el metabolismo basal en reposo en pacientes con lesiones de más del 50% de área de superficie corporal.¹

Estas alteraciones son el resultado de la respuesta metabólica al trauma, que es una reacción humoral bifásica mediada por el eje hipotálamo-hipofisario. Este libera hormona antidiurética, hormona del crecimiento, hormona adrenocorticotrópica, hormona estimulante del tiroides y betaendorfinas.²

En lesiones térmicas es más sostenida la elevación de cortisol, hormona del crecimiento, catecolaminas y glucagon; por esto, el gasto calórico y el catabolismo proteico son mayores y más intensos en las quemaduras que en otros estados de estrés catabólico.^{1,2}

Tomando en cuenta estos sucesos en el paciente quemado, es importante calcular sus requerimientos nutricionales diarios, ya sea por la fórmula de Harris-Benedict más los factores de corrección, o por la fórmula de Curreri, para evitar así los estragos del hipermetabolismo y catabolismo proteicos, como son: retardo de la epitelización de las lesiones, infecciones graves por una respuesta inmunológica deficiente y pérdida de los injertos aplicados por deficiencia de oligoelementos.²

Después que el estado hemodinámico del paciente quemado se ha estabilizado y sus requerimientos electrolíticos están cubiertos, se debe iniciar el apoyo nutricional. Estas condiciones se logran entre el quinto y el décimo días posteriores a la lesión. Algunos pacientes pueden ser alimentados por vía enteral con éxito. Sin

* Médico encargado de la Nutrición Parenteral, Unidad de Medicina Interna. Hospital de Traumatología y Ortopedia "Lomas Verdes", IMSS.

** Médico Residente de Cirugía Plástica y Reconstructiva, Hospital de Traumatología "Magdalena de las Salinas", IMSS, México, D.F.

embargo, existe otro grupo de pacientes que deben considerarse como candidatos a la nutrición parenteral total. Entre ellos están los pacientes con estado de desnutrición intensa previo al accidente, o bien los que tienen alguna limitación para recibir nutrición por vía enteral por cursar con padecimientos como fleo, úlceras de Curling, pancreatitis aguda, enterocolitis isquémica no oclusiva o algún otro trastorno del intestino que comprometa la función de éste y obligue al paciente a permanecer en periodos de ayuno prolongado.^{1,4,8}

Los retos de la nutrición parenteral en el paciente quemado se relacionan con la gran cantidad de calorías que deben ser administradas, el riesgo constante de infección por la continua presencia de heridas y tejidos necróticos y la necesidad de realizar frecuentes cambios de acceso venoso.⁴

En este contexto, se debe observar si el riesgo de contaminación del catéter central aumenta en el paciente quemado. Se recomienda el cambio de catéteres cada cuatro días para reducir al mínimo el riesgo de infección y tromboflebitis supurativa, además del cultivo de todos los catéteres retirados para acelerar la identificación y eliminación de los sitios de contaminación.⁹

Así, se instala el manejo nutricional como parte de la terapéutica global del paciente quemado, con el objetivo de reducir al mínimo las pérdidas netas de proteínas en la fase aguda de la lesión y favorecer la recuperación del anabolismo proteico en la fase de convalecencia.

En esta revisión se ponen de manifiesto los resultados de la nutrición parenteral total como parte del manejo del paciente quemado.

MATERIAL Y METODO

Se estudiaron los expedientes de los pacientes a quienes se les administró nutrición parenteral total (NPT) en el Servicio de Quemados del Hospital de Traumatología y Ortopedia "Lomas Verdes", de enero a diciembre de 1991.

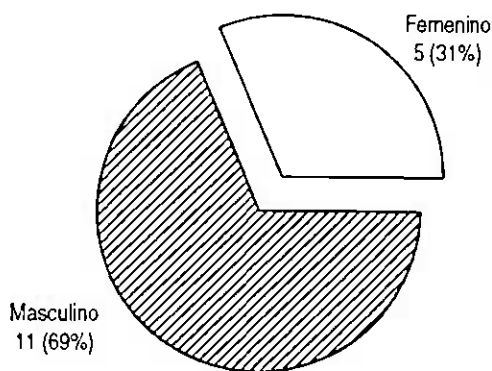


Figura 1: Distribución por sexo

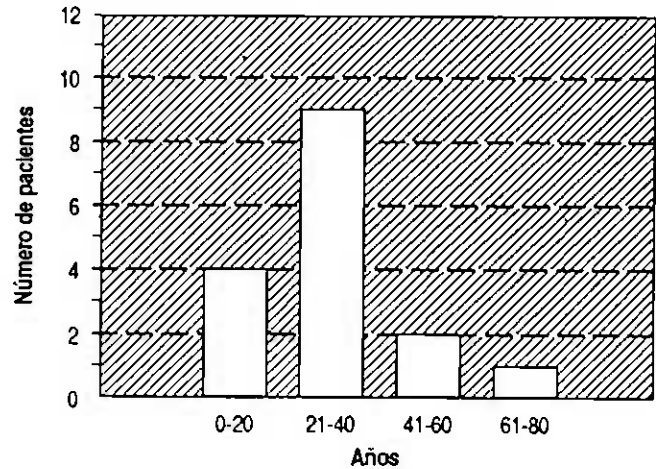


Figura 2: Pacientes quemados. Distribución por grupo de edad. La mayor frecuencia correspondió al grupo de 21 a 40 años

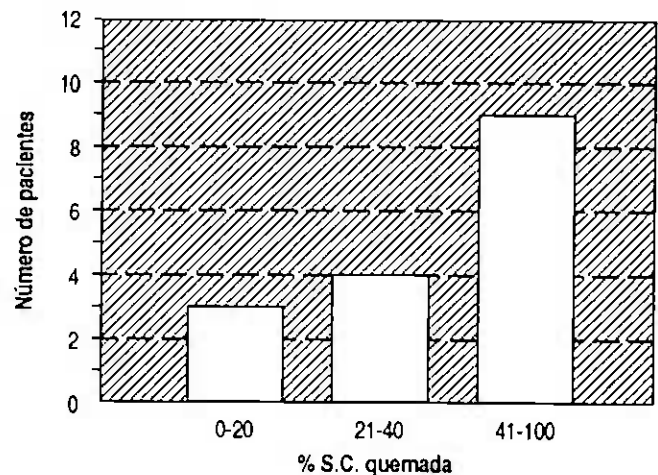


Figura 3: Porcentaje de superficie corporal (S.C.) quemada. Predomina entre el 41 y 90%

La NPT se instaló previa valoración nutricional, según extensión de la lesión (pacientes con más del 40% de área de superficie corporal quemada), lesión en áreas especiales como cara y perineo, o por alteraciones metabólicas como hipoproteïnemia severa, hipercatabolismo no controlado o estado nutricional deficiente previo.

Se hizo el cálculo calórico-proteico con la fórmula de Harris-Benedict más factores de corrección, y en algunos casos con la fórmula de Curreri adecuada a adultos o a niños.

Las soluciones utilizadas fueron de aminoácidos al 8.5% con y sin electrolitos, según alteraciones del paciente. En algunos pacientes en fase séptica, o por alteraciones renales, hepáticas o ambas, se utilizaron aminoácidos de cadena ramificada.

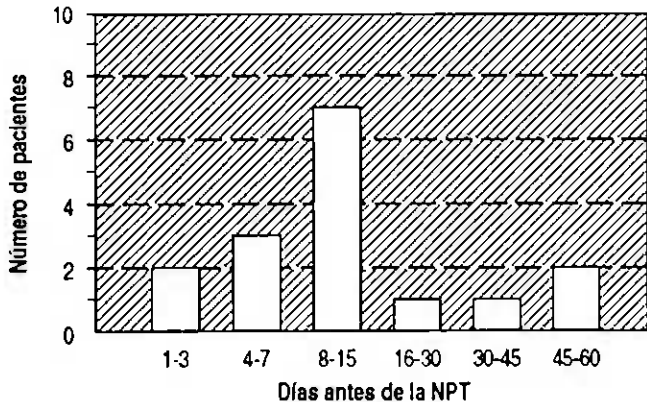


Figura 4: Días transcurridos desde el ingreso al hospital hasta el inicio de la nutrición parenteral total (NPT)

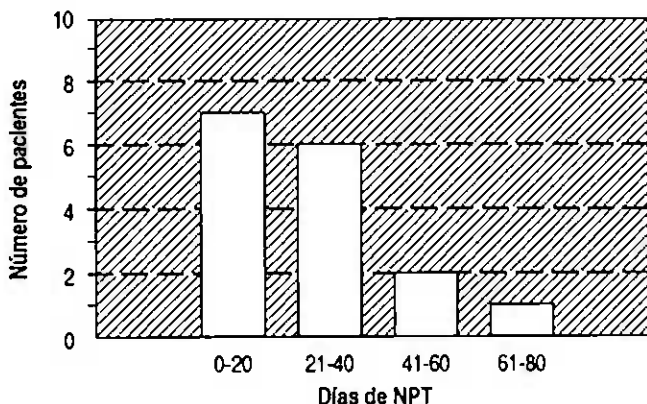


Figura 5: Días de administración de la nutrición parenteral total (NPT)

Los controles de enfermería se tomaron con cinta Dextrostix o mediante glucocetonurias. Se llevó control estricto de líquidos. Se efectuó recolección de orina de 24 horas los miércoles y domingos, análisis de control los lunes y jueves y análisis más frecuentes de electrolitos en caso de que el paciente así los requiriera.

Las soluciones de NPT se formulaban diariamente con base en el balance diario de líquidos, reportes de enfermería, controles de laboratorio y valoración clínica.

RESULTADOS

Los pacientes fueron 11 hombres (69%) y cinco mujeres (31%) (Figura 1), con rango de edades de dos a 62 años (promedio 28.6 años) (Figura 2); el porcentaje de área de superficie corporal quemada varió de 10 a 75% (promedio 49%) (Figura 3).

El requerimiento calórico promedio fue de 6,000 calorías/día, con un mínimo de 3,600 y un máximo de 6,900. El promedio de días transcurridos desde el ingreso hasta que se inició la NPT fue de 17.2 días (rango de dos a 60 días) (Figura 4) y la duración promedio

de la NPT fue de 29.4 días (rango de 15 a 84 días) (Figura 5).

Entre los pacientes ocurrieron cinco defunciones, tres por sepsis y dos por complicaciones respiratorias, ninguna de ellas adjudicable directamente al uso de la NPT. Se calculó el balance nitrogenado al iniciar y al concluir la administración de la NPT. Al inicio, el promedio fue de -3.8 g/día, y al final, +2.7 g/día. En nueve pacientes hubo pérdidas de peso después de la NPT en un promedio de 9.4 Kg, en tanto que siete presentaron una ganancia promedio de 2.7 Kg.

En cuanto a complicaciones de la nutrición parenteral, sólo se presentó hiperglucemia en el 23.8 por ciento de los pacientes (Figura 6), la cual se controló con administración transitoria de insulina rápida.

Los cultivos de la punta del catéter central se reportaron sin proliferación de microorganismos que se correlacionaran directamente con la flora predominante en los casos de septicemia grave e incluso en los que fallecieron por sepsis.

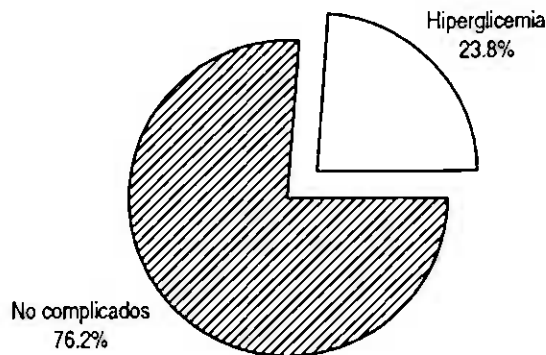


Figura 6: Complicaciones de la nutrición parenteral. El 23.8% de los pacientes presentaron hiperglucemia, la cual mejoró al controlar los procesos sépticos

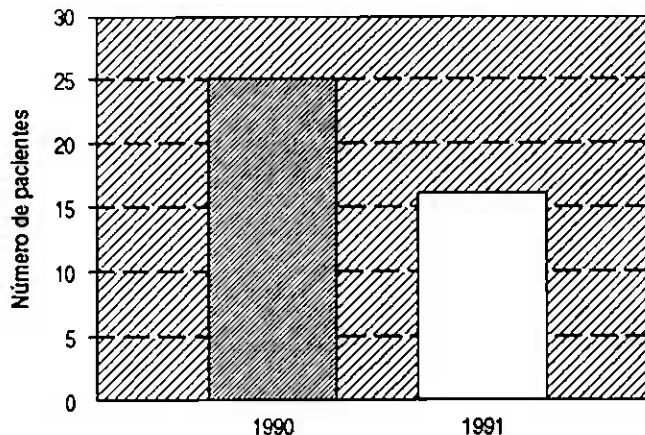


Figura 7: Número total de defunciones en 1990 y 1991. De uno a otro año, la cifra disminuyó de 25 a 16 pacientes

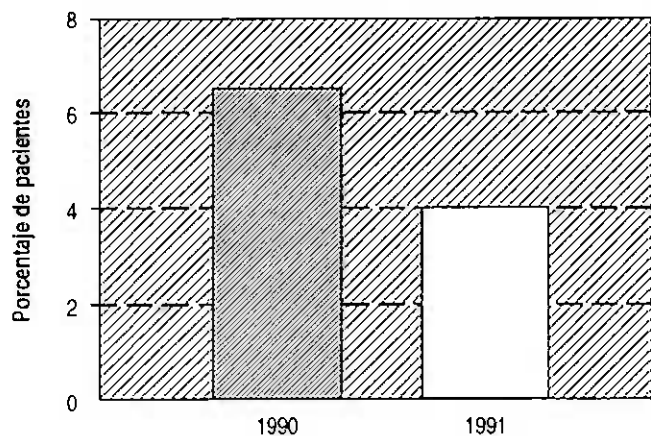


Figura 8: Porcentaje global de defunciones en el Servicio de Quemados, años 1990 y 1991. De uno a otro año, descendió de 6.5% a 4%.

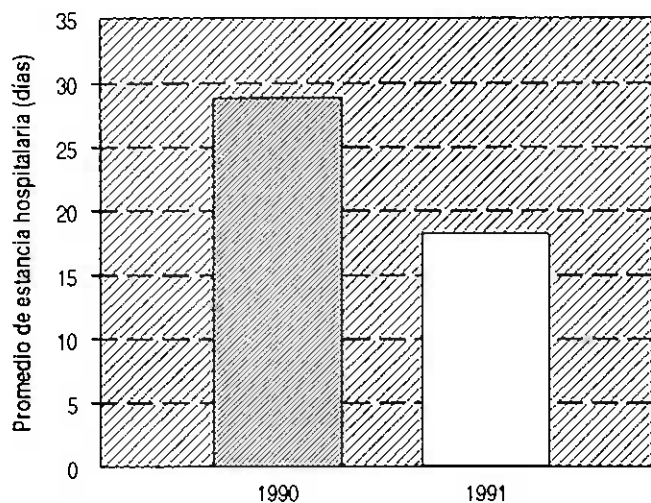


Figura 9: Promedio de los días de estancia hospitalaria. La cifra disminuyó de 28.9 en 1990 a 18.3 en 1991

Se comparó la mortalidad del servicio durante 1990 y 1991. En 1990, fue de 25 pacientes, o 6.5%, y en 1991, de 16 pacientes, que representaron el 4.0% (Figuras 7 y 8).

La duración promedio de la estancia intrahospitalaria fue de 28.9 días en 1990, y disminuyó a 18.3 días en 1991 (Figura 9).

Las causas de muerte fueron las mismas en los dos años, pero en 1991 disminuyeron considerablemente las proporciones de septicemia y sepsis pulmonar, en tanto que aumentó la de insuficiencia renal aguda (Figura 10).

COMENTARIO

Ya que el paciente quemado cursa con hipermetabolismo, es necesario satisfacer sus necesidades calórico-

proteicas lo más pronto posible dentro de las primeras 48 horas posteriores a la lesión y una vez que se ha logrado su estabilidad hemodinámica.⁴

Es importante considerar que, en la primera etapa de apoyo nutricional, el paciente quemado consume más carbohidratos que grasa,⁵ para así lograr un menor catabolismo proteico y recuperar la fase anabólica en menor tiempo. Por otra parte, el balance nitrogenado es severamente negativo, lo que nos obliga a incrementar el aporte proteico hasta 3 g/Kg/día.⁴

Como se observó en el presente estudio, los pacientes tuvieron un requerimiento calórico promedio de 5,000 Kcal/día.

El tubo gastrointestinal recupera su función total de tres a cinco días después de la sesión térmica¹ pero, dada la urgencia de instituir el apoyo nutricional, se decidió iniciarlo por vía parenteral y después se pasó a la vía oral, para satisfacer así los requerimientos calóricos totales.⁵ En algunos casos fue a la inversa; se inició por vía oral y, al observar la persistencia del estado hipercatabólico, se agregó el apoyo parenteral, por lo que se convirtió en manejo mixto.

La mortalidad total del servicio también disminuyó en un 40 por ciento, como se observa en las gráficas de los resultados. Además, la pronta terapia nutricional aumenta la resistencia a los procesos sépticos en general.⁵

Por lo anterior, se considera que entre las medidas terapéuticas en favor del paciente quemado, la terapia nutricional temprana es obligada para favorecer la rápida y adecuada recuperación del paciente con lesión térmica.^{7,8}

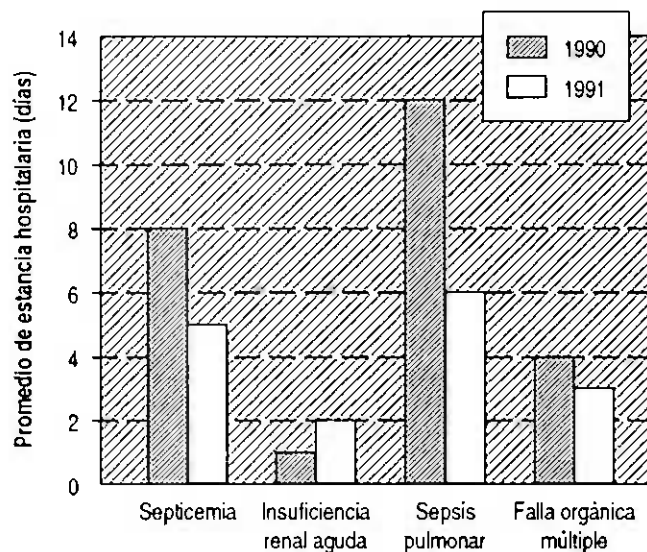


Figura 10: Causas de defunción. Se comparan las cifras de defunción, según la causa en pacientes que ingresaron en los años 1990 y 1991

AGRADECIMIENTO

Agradecemos las facilidades prestadas para el desarrollo de este trabajo a los doctores Juan Manuel Ortiz Mendoza, Jefe del Servicio de Quemados, y José Castro Ceja, Jefe de la Unidad de Medicina Interna, del Hospital de Traumatología y Ortopedia "Lomas Verdes".

BIBLIOGRAFIA

1. Burgge J, Conright M, Ruberg R. *Nutritional and metabolic consequences of thermal injury. Clin Plast Surg* 1986;13:49-54.
2. Lemoyne M, Khurshheed N, Jeejebhoy T. *Total parenteral nutrition in the critically-ill patient. Chest* 1986;89:568-575.
3. Palluzy M, Mequid M. *Prospective randomized study of the optimal source of nonprotein calories in total parenteral nutrition. Surgery* 1987;102:711-716.
4. Goodwyn CW. *Parenteral nutrition in thermal injuries. En Fisher JE: Total Parenteral Nutrition. Boston, Little Brown, 1989.*
5. Wesley A, Kideaki S, Orrawin T. *The importance of lipid type in the diet after burn injury. Ann Surg* 1986;204:1-8.
6. Mosca R, Curtis S, Fobes B et al. *The benefits of isolator cultures in the management of suspected catheter sepsis. Surgery* 1987;102:718-723.
7. ASPEN. *Board of Directors Guidelines for use of total parenteral nutrition in the hospitalized adult patient. JPEN* 1986;10:441-445.
8. Pasulka P, Wachtel T. *Consideraciones nutricionales en el paciente quemado. Clin Quirur NA* 1986;2:119-142.
9. Pruitt B, Mc Manus W, Kim S. *Diagnosis and treatment of cannula related intravenous sepsis in burn patient. Ann Surg* 1980;181:546-553.
10. Gottschich T. *Enteral nutrition in patients with burns or trauma En Ronmbeau (2a.ed.) Enteral and tube feeding. Filadelfia Saunders, 1990.*
11. Skipper Annalyn. *Dietitian handbook of enteral and parenteral Nutrition, Aspen, 1989.*

Dirección para correspondencia:

Dr. Eduardo Ramírez Almazán
Hospital de Traumatología y Ortopedia "Lomas Verdes"
Servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva, 3er. Piso
Periférico y Av. Lomas Verdes
53120 Naucalpan de Juárez, Edo. Méx.
Tel. 3-73-8100 ext. 282

MACRODACTILIA: UNA NUEVA TECNICA PARA SU CORRECCION QUIRURGICA

*Dr. José Luis Haddad-Tame, **Dr. Javier Carrera-Gómez,
Dr. Jorge R. Oropeza-Morales, *Dr. Javier Vilchis-Licón

RESUMEN

La macrodactilia es una anomalía congénita de la mano poco frecuente, incluida en el grupo IV de la clasificación de la Sociedad Americana de Cirugía de Mano. Su manejo quirúrgico implica la resolución de la incapacidad funcional y el aspecto cosmético de la mano.

Existen varias técnicas con este propósito; la mayoría de ellas requieren osteosíntesis. Se propone una nueva técnica quirúrgica que brinda un excelente resultado cosmético y funcional.

Palabras clave: Macrodactilia, gigantismo, anomalías congénitas de mano.

SUMMARY

Macrodactyly is a rare congenital of the anomaly hand included in group IV of the American Society of Hand Surgery classification. The surgical management involves correction of functional impairments as well as cosmetic appearance. There are several techniques for such purpose, most of them requiring osteosynthesis. A new surgical technique that offers an excellent functional and cosmetic result is proposed.

Key words: *Macrodactyly, gigantism, congenital hand anomalies.*

INTRODUCCION

La macrodactilia, anomalía congénita de la mano incluida en el grupo IV de la clasificación de la Sociedad Americana de Cirugía de Mano,¹ es una entidad rara, con una incidencia que fluctúa entre el 0.5 y el 1.3 por ciento de las anomalías congénitas de la mano.

Existen cuatro tipos de macrodactilia, todos los cuales tienen en común el sobredesarrollo óseo, a saber: gigantismo asociado a lipofibromatosis neuroorientada, gigantismo y neurofibromatosis, gigantismo e hiperostosis, gigantismo y hemihipertrofia. Un factor importan-

te a considerar en su manejo quirúrgico es el mejoramiento del aspecto cosmético de la mano que a la vez permita la mayor funcionalidad posible; con ese fin, damos a conocer una nueva técnica quirúrgica para el manejo de esta patología cuando sólo está afectado uno de los dedos.

CASO CLINICO

Lactante mayor femenino de 13 meses de edad, producto del primer embarazo, a término, con control prenatal en forma regular, sin complicaciones obtenida por parto eutócico. Se observó gigantismo del tercer dedo de la mano derecha desde su nacimiento (*Figuras 1 y 2*), el cual persistió de manera proporcional durante su desarrollo somático general. La movilidad del dedo afectado era casi normal, y la flexión estaba limitada parcialmente por su mayor longitud. Se intentó realizar angiografía del miembro torácico derecho para descartar malformaciones vasculares como causa de la alteración, pero no fue técnicamente posible cateterizar la arteria femoral para el estudio. Se sometió a la pacien-

* Médico adscrito al Servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva, Hospital General de México, S.S. Ex-adscrito a CPR del Hospital Central Sur, PEMEX.

** Médico adscrito al Servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva, Hospital Central Sur, PEMEX.

*** Médico adscrito al Servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva, y Subdirector médico, Hospital General Balbuena, D.G.S.M.D.D.F.

**** Médico residente de tercer año, Servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva, Hospital Central Sur, PEMEX.



Figura 1

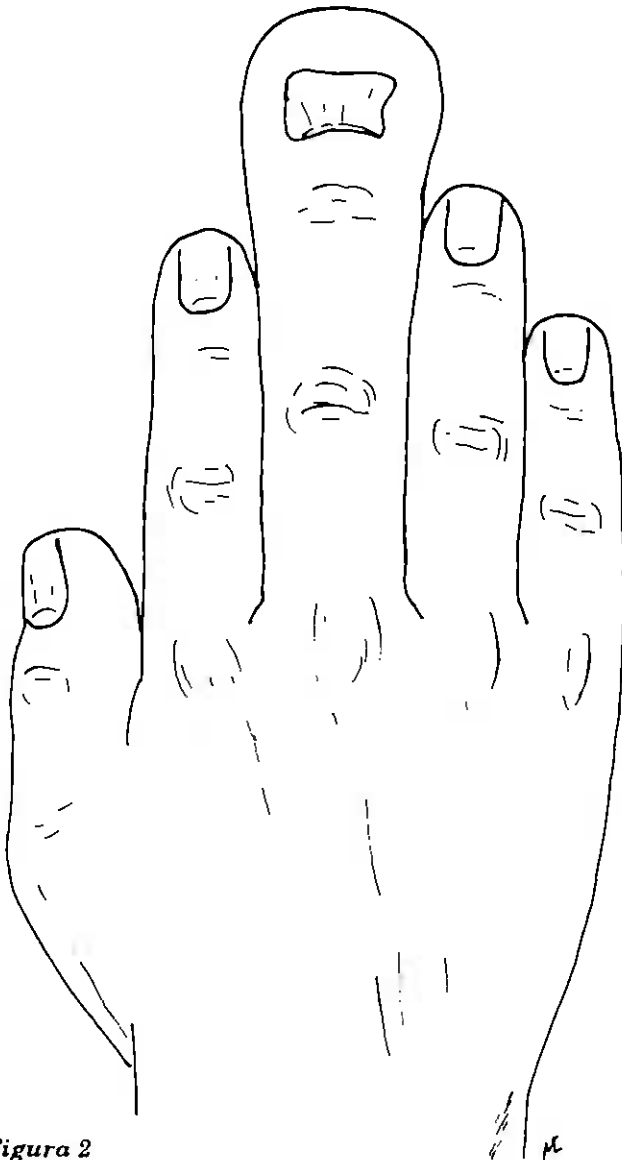


Figura 2

te a corrección quirúrgica con la técnica descrita más adelante, lográndose una buena evolución y un resultado cosmético muy satisfactorio.

TECNICA QUIRURGICA

Con base en mediciones preoperatorias, se decide la longitud por disminuir en el dedo afectado; se diseñan dos resecciones de la piel en "V", una palmar y otra dorsal, a nivel de la articulación interfalángica distal, quedando el pulpejo unido por dos pedículos laterales que incluyan el paquete neurovascular (*Figura 3*). Se reseca la falange distal en forma subcutánea y se adelgaza discretamente el extremo distal de la falange media, el cual ocupará el espacio que antes ocupaba la falange distal en el pulpejo. Se afrontan los bordes de la incisión, quedando un pliegue de flexión a cada lado del dedo (*Figuras 4 y 5*). Tres meses después, se efectúa resección de tejidos blandos para corregir los pliegues de flexión y dar una mejor apariencia final (*Figuras 6 y 7*).

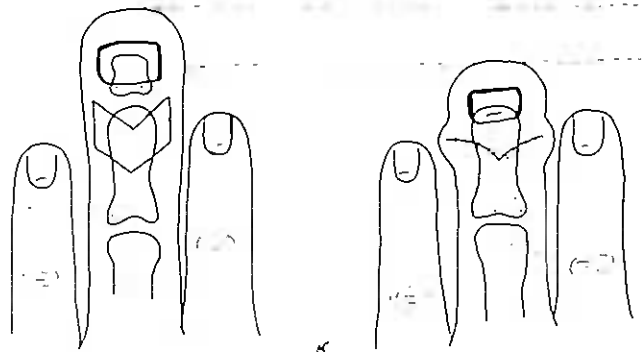


Figura 3



Figura 4

COMENTARIO

El caso que presentamos corresponde a una macrodactilia de la mano incluida en el grupo asociado a lipofibromatosis. Estas son las más frecuentes, no hereditarias y generalmente unilaterales; afectan en la mayoría de los casos varios dedos y no suelen asociarse a otro tipo de malformaciones. De igual manera, este caso se catalogó como de tipo estático por haberse detectado desde el nacimiento, con un crecimiento del dedo afectado en forma proporcional al crecimiento de la paciente.

Las técnicas quirúrgicas propuestas son numerosas; la más radical es amputación cuando el crecimiento es importante, progresivo y con afección funcional considerable y definitiva. En 1967, Barsky² recomienda la resección de piel dorsal y la falange media, dejando un

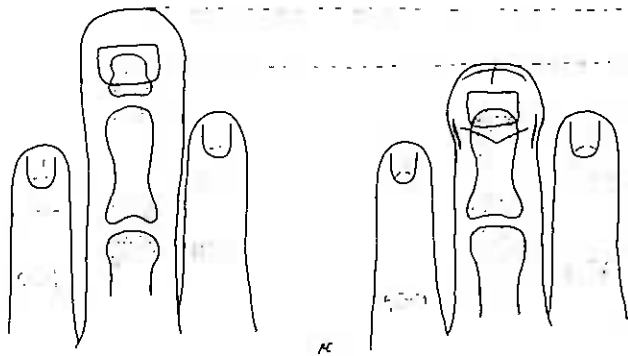


Figura 5



Figura 6

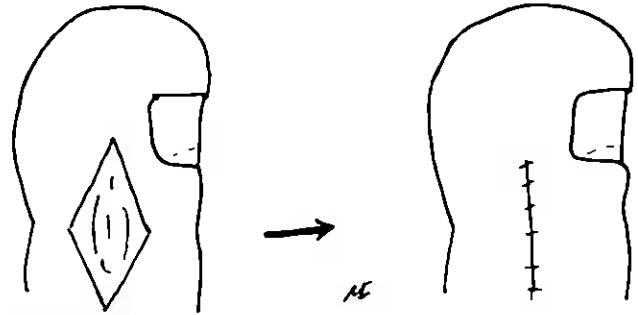


Figura 7

pliegue de flexión en la cara palmar del dedo. En 1985, Tsuge³ recomienda la resección de la piel palmar y parte de las falanges media y distal, dejando un pliegue de flexión en la cara dorsal. Milesi⁴ sugiere efectuar osteotomías oblicuas, longitudinales o de ambos tipos con resección de la punta digital sin dejar estos pliegues de flexión. En las macrodactilias podálicas se ha empleado la amputación distal con aplicación del lecho ungueal como injerto en el muñón residual, con buenos resultados parciales.

La técnica propuesta por nosotros ofrece la ventaja de conservar el aspecto estético de la uña, aunada a la disminución de longitud sin pliegues de flexión muy evidentes que podría no ser necesario resecar, así como la preservación de la sensibilidad en el pulpejo y una función completa de la articulación interfalángica proximal.

BIBLIOGRAFIA

1. Swanson AB, Barsky AJ, Enñn MA. *Classification of limb malformations on the basis of embryology failure. Surg Clin North Am 1968;48:1169-1175.*
2. Barsky AJ. *Macrodactyly. J Bone Joint Surg 1967;49a:1255-1263.*
3. Tsuge K. *Treatment of macrodactyly. J Hand Surg 1985;10a:968-975.*
4. Upton J. *Congenital anomalies of the hand and forearm. En: McCarthy JG, May JW, Littler JW, ed Plastic Surgery. Philadelphia: WB Saunders Company, 1990;Vol.8:5213-5398.*
5. Raja-Sabapathy S, Roberts JO, Regan PJ, Ramaswamy CM. *Pedal macrodactyly treated by digital shortening and free nail graft; a report of two cases. Br J Plast Surg 1990;43:116-119.*

Dirección para correspondencia:

Dr. José Luis Haddad-Tame
Sierra Nevada 779
Lomas de Chapultepec
110000 México, D.F.
Tels: 202-06-83 y 202-81-86

MAMOPLASTIA DE REDUCCION MEDIANTE COLGAJO DE PEDICULO SUPERIOR

*Dr. Juan Pedro Robles López

**Dr. Heriberto Rangel Gaspar

RESUMEN

El presente trabajo tiene por objeto exponer la experiencia de los autores en seis casos de gigantismo mamario, intervenidos mediante la técnica ideada y descrita por Lester M. Crammer y Kenneth Chong, cuyas ventajas son que favorece una adecuada simetría mamaria, asegura la sensibilidad del complejo areola-pezones, deja las cicatrices fuera del escote y facilita el modelado de la mama. La gran vascularidad del colgajo permite avanzar hasta 18 cm. La única complicación fue necrosis cutánea en una mama, que resolvió por segunda intención. Los resultados cosméticos, sintomáticos y psicológicos fueron favorables.

Palabras clave: Mamoplastia, gigantismo mamario.

SUMMARY

This paper presents the authors experience in six cases of giant mammary hypertrophy, operated with the technique devised by Lester M. Crammer and Kenneth Chong. Such technique offers some unique advantages, such as allowing adequate breast symmetry, assuring sensitivity to the nipple-areola complex, leaving scars off the neckline and facilitating the modelling of the breast. The flap's vascularity allows its advancement up to 18 cm. The only complication was cutaneous necrosis in one breast, that healed by itself. Results as appearance, symptoms and self-image were good.

Key Words: Mammoplasty, giant mammary hypertrophy.

INTRODUCCION

En los últimos veinte años se han descrito múltiples técnicas de reconstrucción mamaria, que difieren unas de otras en la elección del pedículo o pedículos vasculares y del colgajo portador del complejo areola-pezones. Así, se han descrito las técnicas de pedículo doble vertical, horizontal u otros, y resección del tejido mamario excedente en polos inferior o superior o en cuadrantes inferiores. Las técnicas de colgajo monopediculado facilitan la transposición del complejo areola pezones con un sostén vascular proporcionado por el pedículo selec-

cionado superior o inferior. El pionero de este procedimiento fue Schwartzman,² y posteriormente McKissock,³ que descubrió el colgajo vertical bipediculado y más adelante el de pedículo único inferior.

Si bien las técnicas de doble pedículo son útiles, no siempre es posible aplicarlas en todos los casos, debido a problemas técnicos geométricos. De allí el desarrollo de técnicas de un solo pedículo como la de Lester M. Crammer y Chong,¹ quienes diseñaron la mamoplastia de reducción con un colgajo areola-pezones en el segmento inferior, resecaando el tejido mamario en el polo inferior de la mama, de manera similar a la técnica de Pintanguy. Se complementa la configuración resecaando dos triángulos, uno medial y otro lateral, en los cuadrantes inferiores, en donde se forman pliegues de rotación.

El antecedente que sirvió de inspiración a los autores citados fue el imaginativo trabajo de Skoog y Beare,⁴ que se fundamenta en un concepto anatómico bien definido.

* Cirujano Plástico. Miembro fundador de la Sociedad de Cirugía Plástica y Reconstructiva del IMSS. Subdirector Médico del Hospital General de Zona y Medicina Familiar No. 26 del IMSS.

** Cirujano Plástico. Miembro constituyente de la Sociedad de Cirugía Plástica y Reconstructiva del IMSS. Ex Profesor Titular del Curso de Cirugía Plástica y Reconstructiva, División de Estudios Superiores de la UNAM. Miembro de la Asociación Mexicana de Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva

Conocer la forma en que se desarrollan las mamas y la región pectoral, independientemente del de su tejido glandular, nos permite la realización de un colgajo cutáneo monopediculado de base superior muy móvil que sustenta al colgajo areola-pezones, según opinión de los autores.

Otros autores como Lalartris y Weiner⁵ han confirmado esta observación, es decir, que este colgajo largo y de pedículo superior permite remodelación de mamas cosméticamente aceptables, preserva la cualidad eréctil y sensibilidad del pezón y mantiene la cicatriz fuera del escote.

Por otro lado, la extirpación del tejido mamario del polo inferior es una modificación de las que se realizan para reducciones moderadas y pequeñas, como en las técnicas de Arie⁶ y Pitanguy,⁷ y que se complementa con un cuidadoso diseño de extirpaciones complementarias en las zonas medial y lateral de la mama respectiva, de manera similar a la técnica de McKissock.

Técnica operatoria

Se coloca un torniquete en la base de la glándula, el cual es sostenido por un ayudante mientras el cirujano inicia los cortes con bisturí alrededor de la areola (*Figura 1a*). A continuación se inicia la desepitelización de la elipse superior, respetando sólo la región areolar (*Figura 1b*). Una vez terminada la desepitelización, se inicia el corte en profundidad hasta la fascia pectoral y se ligan los vasos sangrantes. Como puede apreciarse en el esquema, el corte empieza un centímetro arriba de los puntos B y B', puntos que delimitan la anchura del colgajo portador en su parte distal, del complejo areola-pezones (*Figura 1c*).

Se colocan ganchos de piel entre los puntos B y C' para completar el corte lateral hasta la fascia pectoral; lo mismo se hace entre los puntos B' y C' (*Figuras 2a y 2b*). Colocando un gancho de piel en el vértice del colgajo, se eleva éste, lo que permite apreciar el tamaño del tejido por resear (*Figura 2c*). A continuación se completa la resección del polo inferior mamario entre los puntos B y B', bordeando la porción distal del colgajo portador del complejo areola-pezones (*Figura 2d*). El colgajo portador del complejo areola-pezones se incide parcialmente a la mitad de su espesor con tijera, como se muestra en la *Figura 3*.

Se colocan las suturas clave. La primera es en asa, a partir del punto A; atraviesa

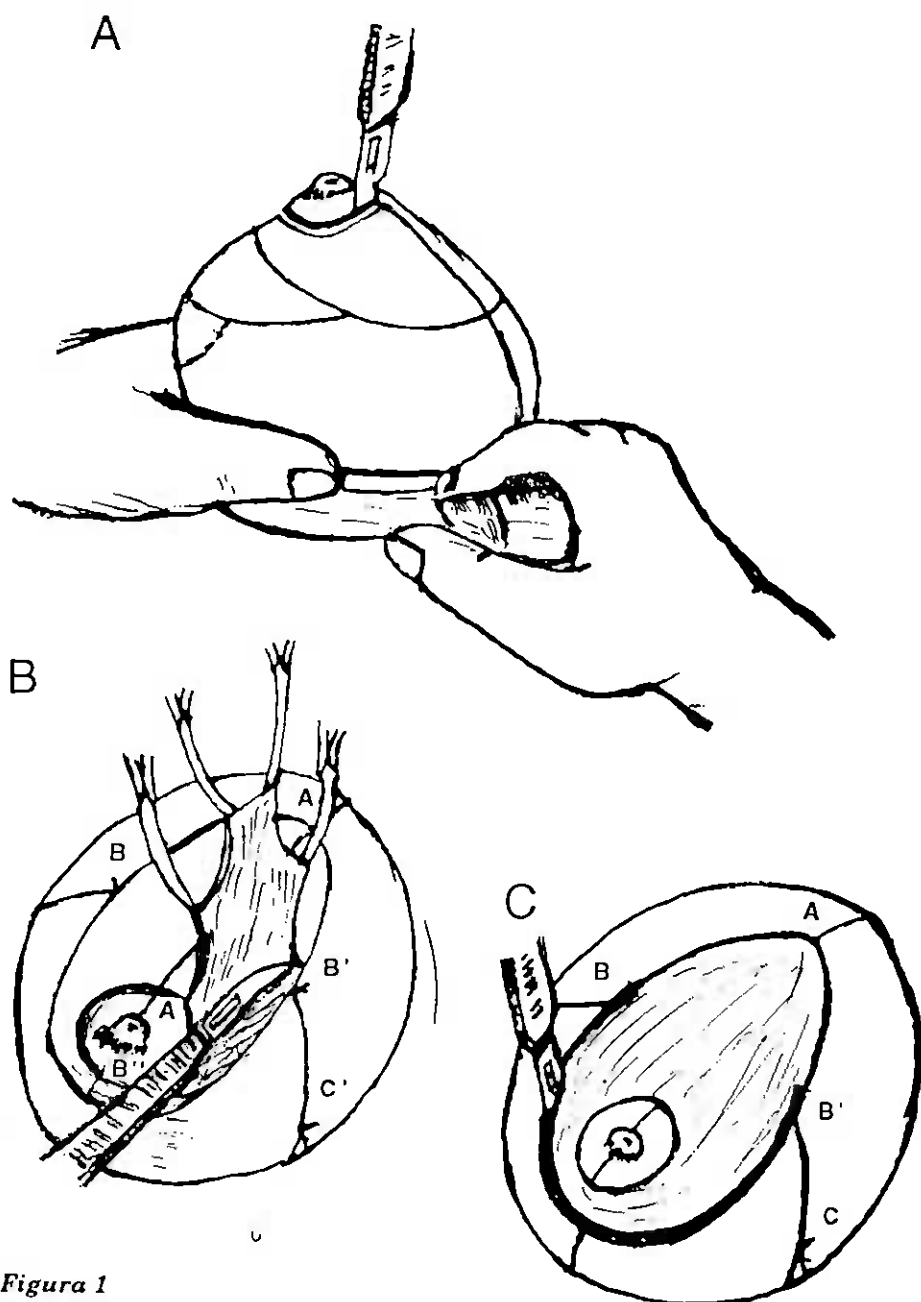


Figura 1

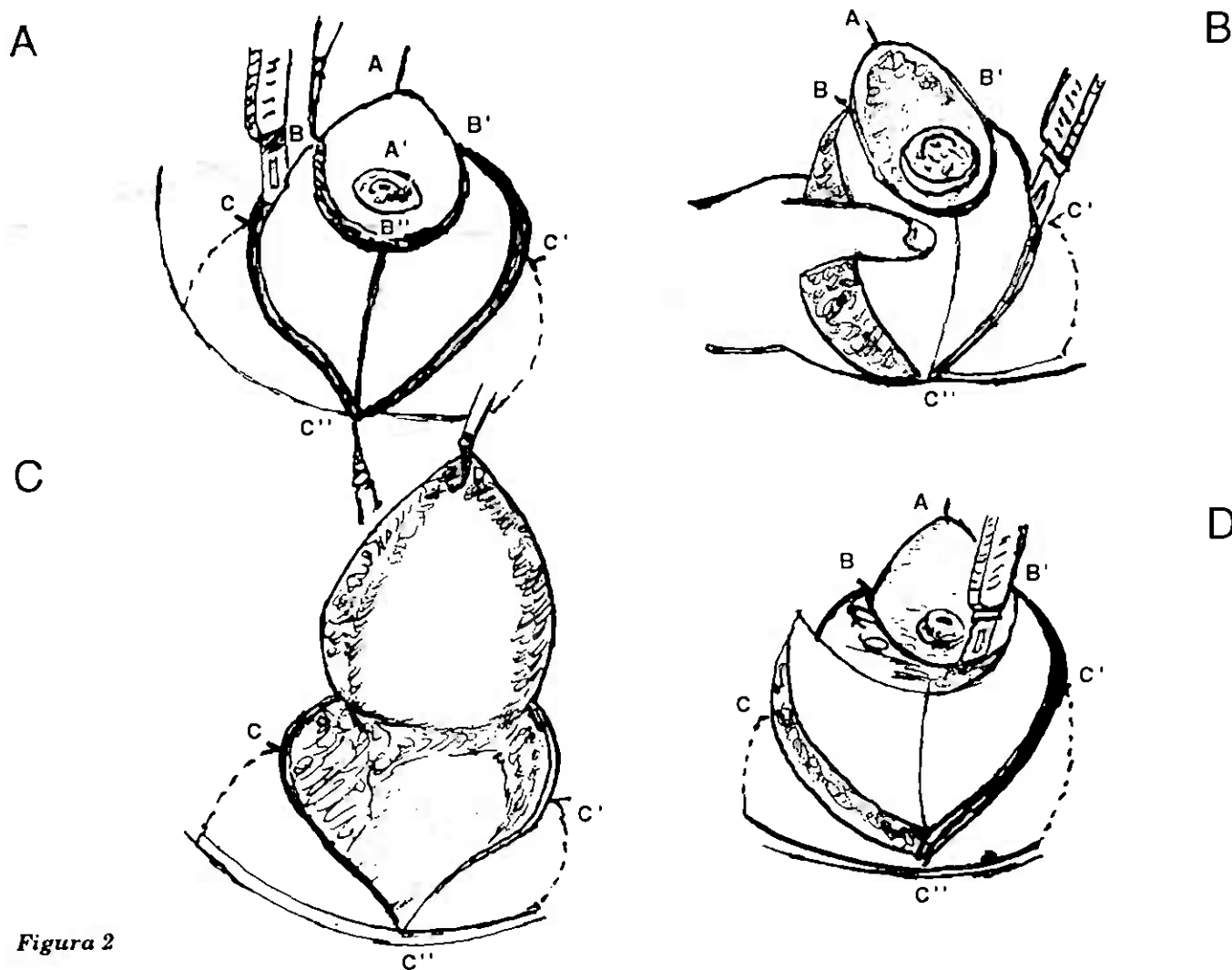


Figura 2

piel y tejido celular y sale en el área desepitelizada. Desde allí vuelve a introducirse la aguja en un pliegue dérmico en el polo superior del complejo areola-pezones, y de allí se pasa la aguja un centímetro por afuera del sitio en que se inició la sutura, cerca de A (Figura 4a).

La Figura 4b muestra cómo, al tirar de la sutura hacia el punto A, el pedículo se dobla y adquiere un forma de Z.

Como se aprecia en las Figuras 5a y 5b, un punto de sutura une los puntos C, C' y C''. El cierre de este punto se facilita con un despegamiento suprafascial hasta las marcas punteadas que formarán al final las "orejas de perro" (Figura 6a).

Queda reseca la oreja de perro medial terminada la sutura periareolar, así como la que une los puntos B

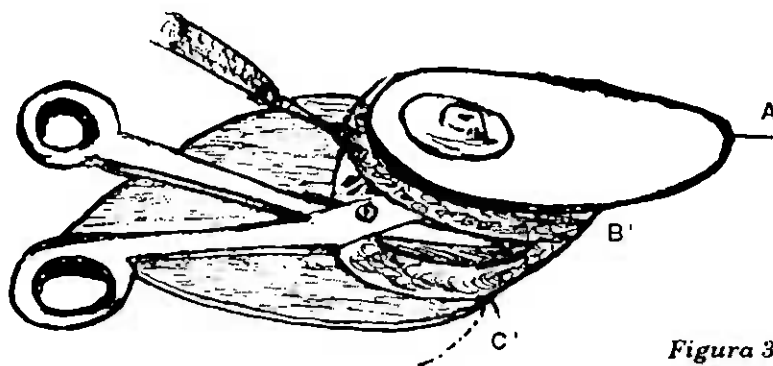


Figura 3

y C''. El resultado final esquemático se muestra en la Figura 6c.

En la Figura 7 se muestra en color gris el patrón de Giorgiade,⁸ que puede adaptarse a la técnica de Crammer y Chong descrita, y consiste en una elipse en forma de pez de 12 cm de longitud y 6 cm de ancho, en

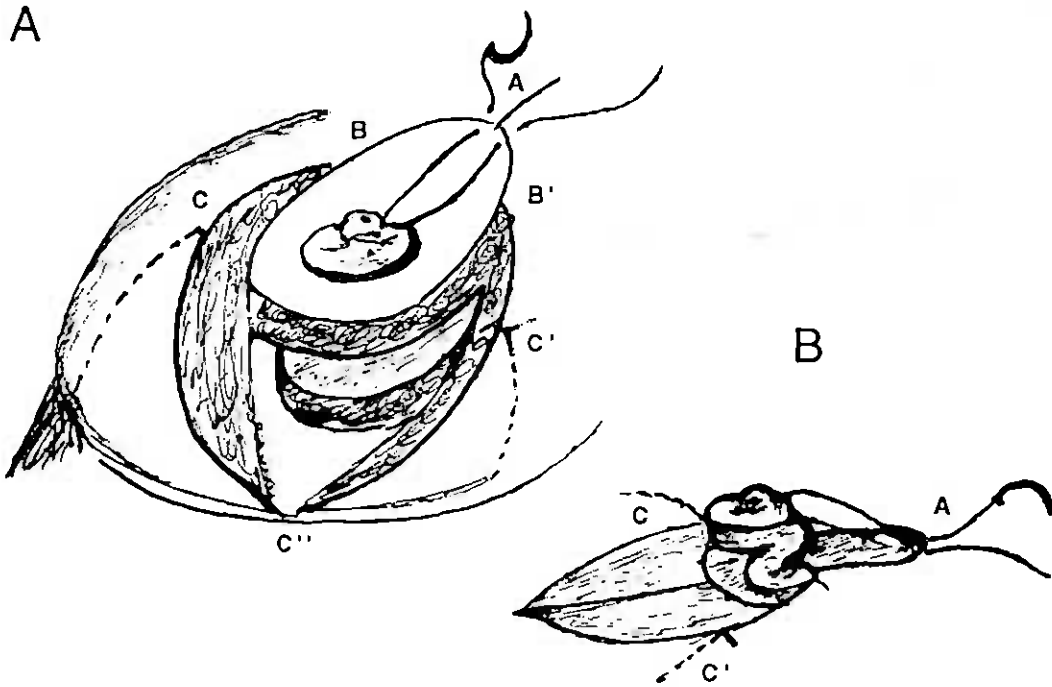


Figura 4

cuyo centro y parte inferior se deja un hueco circular de 4 cm de diámetro. El círculo en su parte inferior está a 2 cm de la base inferior del patrón, y en su parte superior, a nivel de las muescas laterales que corresponden a los puntos B y B', se aprecia en la línea media un pequeño círculo de 1 mm, 2 cm abajo del vértice superior del patrón, que corresponde al sitio del nuevo pezón. Los autores añadieron dos barras en forma de cuerno, de 5 cm cada una, que se muestran en negro. Estas se articulan al patrón descrito por su base, a nivel de las

muecas B y B' y estas barras se giran lateralmente hasta formar un ángulo de 30 a 45 grados con una línea vertical imaginaria, según el menor o mayor volumen mamario por resecar en cada caso (Figura 7).

MATERIAL Y METODO

El material del presente trabajo comprende a seis pacientes, todas del sexo femenino, con edades comprendidas entre los 21 y los 60 años de edad y una media

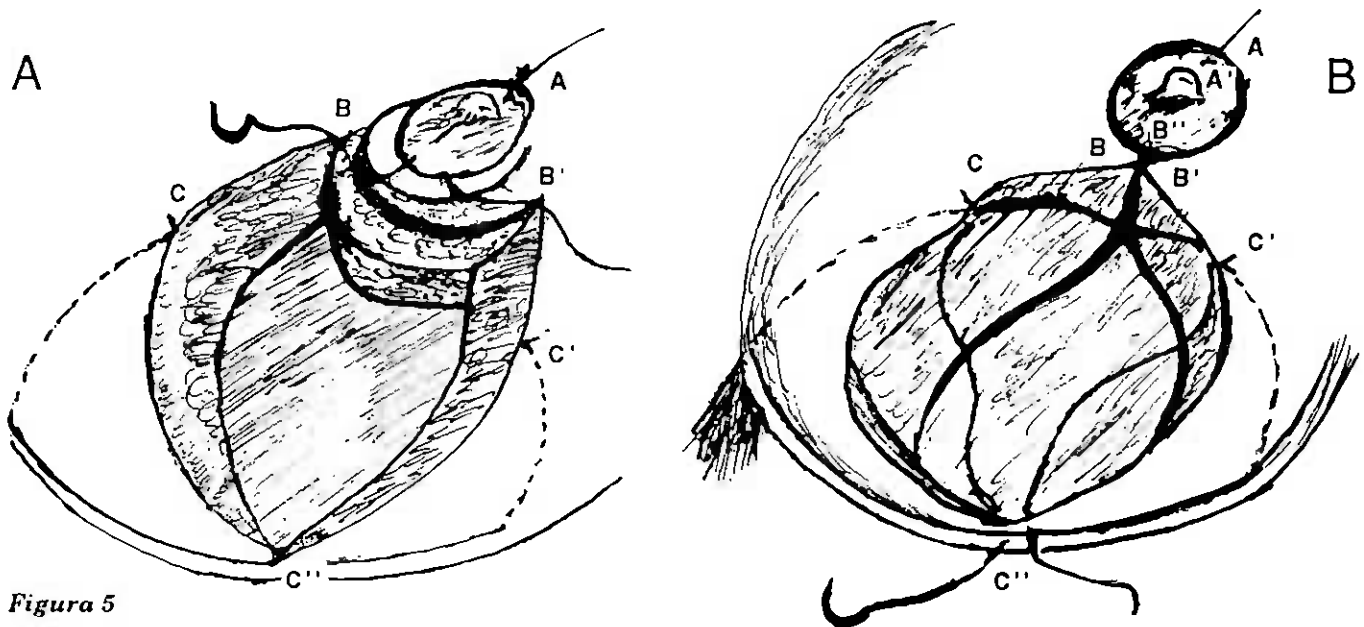
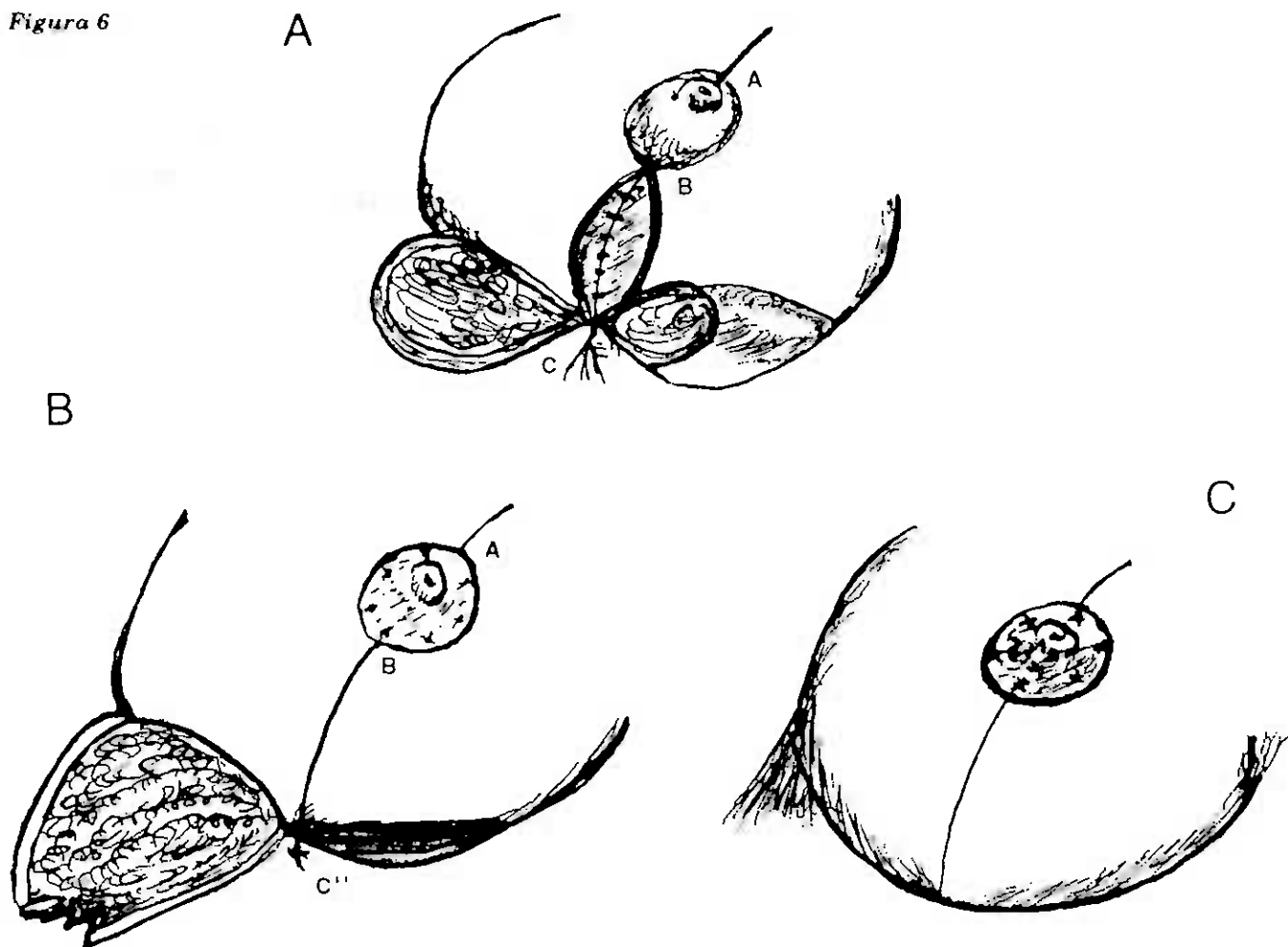


Figura 5

Figura 6



de 40.5 años. Dos pacientes fueron tratadas en la Unidad de Medicina Familiar y Hospital General de Zona No. 26 del IMSS, y cuatro en la consulta privada.

La sintomatología resumida en cinco casos fue:

1. Dolor en región lumbar.
2. Dolor en región cervical.
3. Dolor y ulceración en hombros en dos casos por la presión de los tirantes del sostén.
4. Intertrigo en zonas de roce entre las mamas y en el surco submamario.
5. Problemas psicológicos debidos a la hipertrofia mamaria: pacientes introvertidas, imposibilidad para usar traje de baño, depresión endógena persistente, carácter irritable alternado con situaciones de estrés.
6. En una paciente se observó un cuadro doloroso agudo en región precordial izquierda que se confundió con angor pectoris. Fue tratada por un cardiólogo, quien descartó tal diagnóstico, y se concluyó que su causa era la gran hipertrofia mamaria.



Figura 7

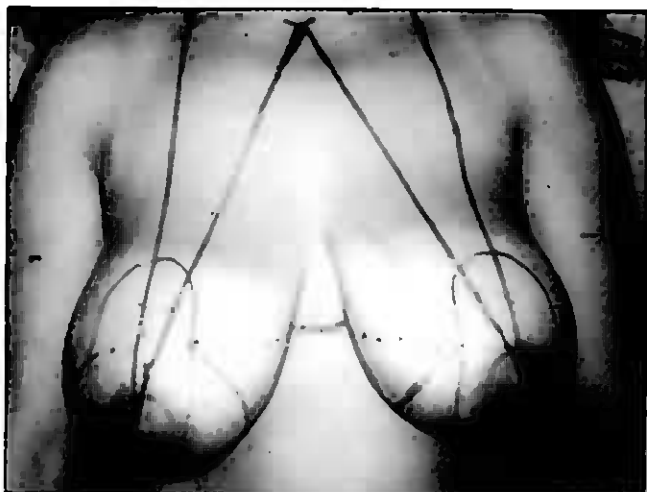


Figura 8A: Preoperatorio, vista de frente

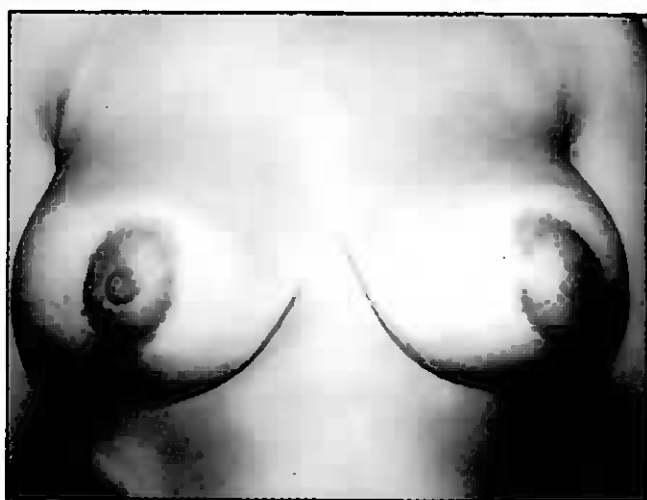


Figura 8B: Postoperatorio, vista de frente

Las pacientes se sometieron a un manejo quirúrgico con la técnica ya descrita de Lester M. Crammer y Kenneth Chong. En la hipertrofia menor se resecaron 1,200 g de tejido y en la mayor, 3,100 g.

RESULTADOS

Para evaluar los resultados se analizó la sintomatología previa, el cambio en el estado anímico y, desde el punto de vista mamario, las siguientes características:

1. Forma cónica de la mama en el postoperatorio.
2. Proyección y posición adecuada del complejo areola-pezones.
3. Conservación de la sensibilidad táctil en la areola y en el pezón.
4. Localización de las cicatrices resultantes.

Los resultados se ilustran con dos casos; uno, el de menor volumen resecado, en la *Figura 8* y, en la *Figura 9*, el caso de mayor volumen extirpado.

Podemos resumir los resultados como sigue:

En todas las pacientes desapareció la sintomatología en forma inmediata en el postoperatorio. Fue notable la mejoría en la autoimagen de las pacientes desde el día siguiente a la respectiva operación y aquélla fue progresando hasta su salida del hospital.

Cinco pacientes refieren estar a gusto con su resultado; una refiere incomodidad con las cicatrices, y fue ella quien presentó la necrosis cutánea. Todas están satisfechas con su resultado en relación a la forma y volumen mamarios. La sensibilidad del complejo areola-pezones está conservada, así como el re-



Figura 8C: Preoperatorio, vista en 3/4 de perfil



Figura 8D: Postoperatorio, vista en 3/4 de perfil



Figura 9A: Preoperatorio, vista de perfil y en 3/4 de perfil

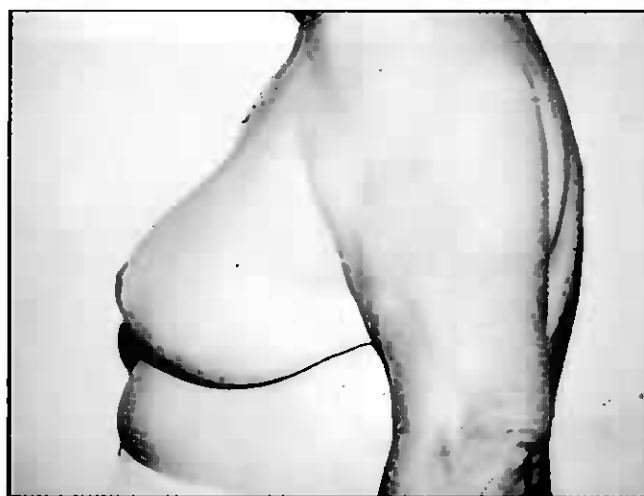
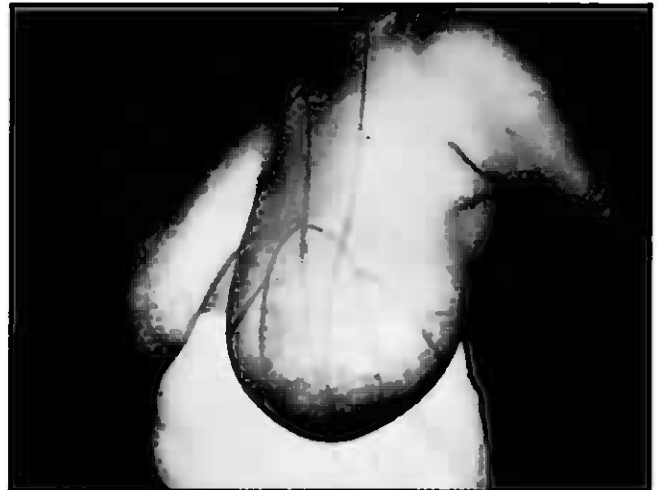


Figura 9B: Postoperatorio, vista de perfil y en 3/4 de perfil



flejo eréctil del pezón, según se pudo averiguar en todos los casos.

COMPLICACIONES

Se presentó una complicación menor que no menoscaba la seguridad de la técnica operatoria, ya que en una paciente se desarrolló necrosis cutánea en una zona de 4 x 0.5 cm en una de las mamas, en la parte inferior de la areola, a nivel de la unión de los puntos C, C' y C"; sin embargo, tal complicación se resolvió con curaciones sin ameritar tratamiento quirúrgico secundario, pero dejó una cicatriz más notable debido al cierre por segunda intención.

CONCLUSIONES

Las técnicas de mamoplastia de reducción con pedículo doble tradicionalmente ofrecen gran seguridad para

el riego del complejo areola-pezón. Incluyen las de Pitanguy, Stromberck, McKissock, etc.

Pioneros de la técnica de un solo pedículo, como Schwartzman, Skoog y el mismo McKissock, al eliminar un pedículo vertical y su parte superior y manejar su técnica con un solo pedículo inferior, han revolucionado la mamoplastia. Lester M. Crammer y Keneth Chong, en una excelente monografía, definen una técnica de mamoplastia de un solo pedículo superior, portador del complejo areola-pezón en su parte inferior y con resección mamaria de los cuadrantes medial, inferior y lateral, similar a la técnica de Pitanguy.

Las ventajas de esta técnica incluyen la seguridad en relación a la suficiencia vascular del pedículo superior, y su fácil adaptabilidad para mamoplastia de reducción en casos de gigantomastia moderada.

BIBLIOGRAFIA

1. Crammer Lester M, Chong Kenneth J. *Unipedicle cutaneous flap areola-nipple transposition on an end-bearing superiorly based flap*. In Nicholas G. *Giorgiade. Reconstructive Breast Surgery*. CV Mosby Co. 1976;10:143-156.
2. Schwartzman E. *Dir. Technic cler mammoplastick, chirurg*. 1930;2:932-34.
3. McKissock PK. *Reduction mammoplasty with a vertical dermal flap*. *Plastic and Rec Surgery* 1972;49:245-252.
4. Skoog T. *A Technic of breast reduction-transposition of the nipple on a cutaneous vascular pedicle*. *Acta Chir Scand* 1963;126:453-465.
5. Beare R. *Reduction mammoplasty. Presented at the Fourth International Congress of Plastic Surgery, Rome 1967*.
6. Winner DL, Aiache AE, Silver L, Tittiranonda T. *Single dermat pedicle for nipple transposition in subcutaneous mastectomy reduction mammoplasty, or mastopexy*. *Plastic and Rec Surg* 1957;51:115-120.
7. Arie G. *Una nueva técnica de mastoplastia*. *Rev Hat Amer Cir Plast* 1957;3:23-38.
8. Pitanguy L. *Breast Hypertrophy, Transactions of the Second International Congress of Plastic Surgery, Edimburg, 1960 EGS Livingstone pp. 509-522*.
9. Nicholas Georgeade. *Reconstructive breast surgery. Correction of the ptotic breast. Chap 7, CV Mosby Co, 1976;113-119*.



ASOCIACION MEXICANA DE CIRUGIA PLASTICA, ESTETICA Y RECONSTRUCTIVA, A.C.

XXIV CONGRESO NACIONAL
24 al 27 de febrero de 1993
Hotel Sicomoro, Chihuahua, Chih.

Informes e inscripciones:
Tuxpan 27 5° piso, Colonia Roma
06700 México, D.F. Tel: 264-7099
Telefax: 564-2496

Reservaciones Hotel:
Clave CIRPLAS Srita Lorena Corral
Tel: 91 800 14-567 (Lada sin costo)

III CURSO PROPEDEUTICO PARA RESIDENTES DE CIRUGIA PLASTICA Y RECONSTRUCTIVA

Del 6 al 9 de enero de 1993

SEDE DE LA AMCPER, Tuxpan 27 5° piso

EXAMEN DE CERTIFICACION DEL CONSEJO MEXICANO DE CIRUGIA
PLASTICA, ESTETICA Y RECONSTRUCTIVA

Escrito: 16 de enero de 1993
México, D.F., Guadalajara, Jal
Monterrey, N.L., Tijuana B.C.

Oral: 23 de febrero de 1993
Chihuahua, Chih.

La Sociedad de Cirugia Plastica y Reconstructiva del IMSS, A.C.

Invita al

XVII CONGRESO NACIONAL

28 Y 29 de noviembre de 1992

Cuernavaca, Morelos, México

Auditorio Lepetit, Boulevard Cuernavaca-Cuautla: Km 4.8(CIVAC)

TEMAS:

Cirugía plástica y reconstructiva

Congénita

Degenerativa

Estética

Experimental

Oncológica

Traumática

Trabajos de ingreso (Premiación de mejores trabajos)

Profesores invitados:

Dr. Mario González Ulloa F.A.C.S.

Dr. José Guerrero Santos F.A.C.S.

Hotel sede: Posada Jacarandas, Av. Cuauhtémoc 105, Cuernavaca, Morelos.

Reservaciones Tel: 15-77-42

Inscripciones sin costo

Informes:

Dr. César Santiago Landa

Tuxpan 39-304 C, Col. Roma 06700

México, D.F., Tel: 264-50-88



Rifocyna[®]

atomizador

· RIFAMICINA SV ·

- 1.- **NOMBRE GENERICO Y COMERCIAL:** RIFOCYNA ATOMIZADOR, RIFAMICINA SV
- 2.- **FORMA FARMACEUTICA Y FORMULACION:** Frasco atomizador con 20 ml. de solución. Cada 100 ml. contienen Rifamicina SV Sódica equivalente a 1000 mg. de Rifamicina SV. Vehículo c. b. p.100 ml.
- 3.- **INDICACIONES TERAPEUTICAS:** Antimicrobiano útil en el tratamiento de heridas cutáneas infectadas, impétigo y quemaduras.
- 4.- **FARMACOCINETICA Y FARMACODINAMIA EN HUMANOS:** Cuando se administra por vía oral, la Rifamicina SV se excreta rápidamente por la vía biliar, prácticamente no se encuentran concentraciones importantes en sangre por lo que su uso es exclusivamente parenteral y tópico. La administración local en la superficie de la piel (y aún en la cavidad abdominal) no conduce a niveles séricos mayores de 0.1 mcg/ml.
- 5.- **CONTRAINDICACIONES:** Hipersensibilidad a las Rifamicinas.
- 6.- **PRECAUCIONES O RESTRICCIONES DE USO DURANTE EL EMBARAZO Y LA LACTANCIA:** La Rifamicina SV tópica no debe usarse durante el embarazo y la lactancia a menos que a criterio del médico los beneficios potenciales para el paciente superen los riesgos potenciales para el producto o el recién nacido.
- 7.- **REACCIONES SECUNDARIAS Y ADVERSAS:** La aplicación tópica de Rifocyna es generalmente bien tolerada. Pueden ocurrir casos de reacciones alérgicas cutáneas en pacientes sensibles. Las cuales remiten con la interrupción del medicamento o con medidas terapéuticas sintomáticas.
- 8.- **INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS Y DE OTRO GENERO:** No se conocen interacciones que puedan impedir la aplicación tópica de la Rifamicina SV.
- 9.- **ALTERACIONES DE LAS PRUEBAS DE LABORATORIO:** Dado el carácter de uso tópico en piel, de la Rifamicina SV no se conocen alteraciones a las pruebas de laboratorio con este medicamento.
10. **PRECAUCION Y RELACION CON EFECTOS DE CARCINOGENESIS, MUTAGENESIS, TERATOGENESIS Y SOBRE LA FERTILIDAD:** No se han reportado estos efectos para la aplicación tópica de la Rifamicina SV ni para ninguno de los componentes de la fórmula.
11. **DOSIS Y VIA DE ADMINISTRACION:** Aplicar tres a cuatro veces diarias. La dosis puede incrementarse si es necesario.
12. **SOBREDOSIFICACION O INGESTA ACCIDENTAL: MANIFESTACIONES Y MANEJO (ANTIDOTOS):** Debido al uso tópico externo de la Rifamicina SV no se han reportado casos de sobredosis para el producto en esta vía.
13. **PRESENTACIONES:** Frasco con atomizador con 20 ml. de solución.
14. **RECOMENDACIONES PARA EL ALMACENAMIENTO:** Consérvese en lugar fresco y seco
15. **LEYENDAS DE PROTECCION:** Su venta requiere receta médica
16. **NOMBRE DEL LABORATORIO Y DIRECCION:** Laboratorios Lepetit de México, S.A. de C.V. Blvd. Cuernavaca-Cuauhtla Km. 4.8 CIVAC, Cuernavaca, Mor. *Lepetit*
17. **NUMERO DEL REGISTRO DEL MEDICAMENTO:** Registro no. 210M87 S.S.A. I. Méd. Literatura exclusiva para Médicos. Marca Registrada

INFORMACION PARA LOS AUTORES

La Revista Cirugía Plástica, Órgano oficial de la Sociedad de Cirugía Plástica y Reconstructiva del IMSS, informa a sus lectores acerca de la importancia de la cirugía plástica en todas las áreas relacionadas a la misma. Además, constituye un foro de discusión individualizada entre los diferentes cirujanos. Los conceptos vertidos expresados en los artículos, editoriales, revisiones monográficas y cartas publicadas en la revista, representan la opinión de los autores de los mismos, y no reflejan necesariamente la política oficial de la Institución en la cual trabaja el autor, o de la Sociedad de Cirugía Plástica y Reconstructiva del IMSS o de la Asociación Mexicana de Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva.

Se incluirán trabajos relevantes de investigación clínica o de laboratorio, procedimientos quirúrgicos, informes de casos, revisión de temas de actualidad o revisión monográfica y tópicos especiales; todo esto relacionado con la cirugía plástica, estética y reconstructiva.

Los artículos serán de preferencia originales y para su publicación deberán ser aprobados por el Comité Editorial.

El autor deberá ser miembro de la Sociedad de Cirugía Plástica y Reconstructiva del IMSS, o de la Asociación Mexicana de Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva, o ser cirujano certificado por el Consejo Mexicano de Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva, o pertenecer a una Sociedad de Cirugía Plástica reconocida internacionalmente.

Los trabajos que sean publicados podrán tener modificaciones que faciliten su edición; incluirán acortamiento del artículo, reducción del número de gráficas, dibujos, fotografías o ilustraciones, o cambio de formato y estilo.

Los trabajos enviados deberán acompañarse de dos copias, en cuartillas escritas en una sola cara a doble espacio y con margen de dos centímetros a cada lado.

El límite total de la mayoría de los trabajos será de 6000 palabras.

En la primera cuartilla se incluirá el título del trabajo, el nombre de los autores, el grado académico, créditos institucionales y domicilio. En la segunda cuartilla se incluirá un resumen en español e inglés con una cantidad máxima de 200 palabras. A partir de la tercera cuartilla se iniciará la descripción del trabajo, el cual deberá ser correctamente redactado siguiendo las reglas de gramática del idioma español.

Las referencias bibliográficas se numerarán en el texto de acuerdo al orden de aparición y de acuerdo al siguiente ordenamiento y puntuación:

Apellido del autor e iniciales de su nombre, punto seguido; nombre del artículo, punto seguido; nombre de la revista abreviada, sin puntos, conforme al código internacional; año de publicación, punto y coma, volumen, dos puntos, páginas, punto final. Ejemplo:

Haertsch PA. The surgical plane in the leg. Br J Plast Surg 1981;34:464.

En el caso de textos: Apellido del autor e iniciales de su nombre, punto; título del artículo, punto y seguido; apellido e iniciales del nombre del autor del libro, dos puntos; título del libro (subrayado), punto seguido; país o estado, dos puntos; editorial, coma; año de publicación, punto seguido; las siglas pp correspondientes a las páginas (inicial y final) consultadas, punto final. Ejemplo:

Rees T. Concepts of beauty. En Rees T: Aesthetic plastic surgery. Philadelphia: Saunders, 1973. pp 1-16.

Las fotografías deberán presentarse en blanco y negro, con dimensiones de 13.5 por 10.5 cm. Al reverso de cada una de ellas deberá marcarse el número progresivo y una flecha que indique la orientación de la misma. Cuando el autor quiera que el material fotográfico sea publicado en color, el costo será de su responsabilidad. Los pies de figura se presentarán en cuartilla independiente, marcando el número de figura, ilustración o fotografía. Los dibujos, esquemas y gráficas deberán ser presentados en cuartillas independientes.

Los artículos deberán ser enviados a nombre de:

Revista de Cirugía Plástica
Casma Núm. 576
Col. Lindavista
07300, México, D.F.

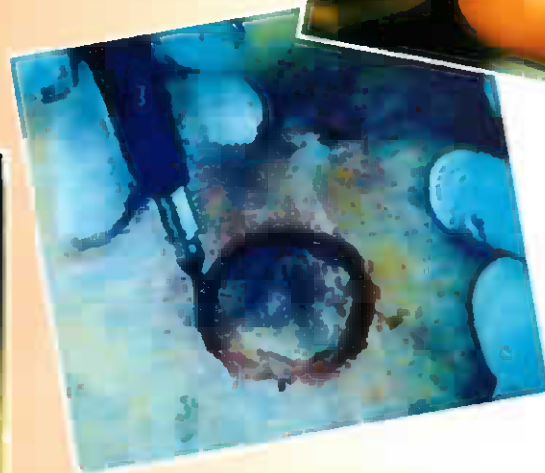
MAG, avance en dermopigmentación

AMIP (aparato de microcirugía para implante de pigmentos) es un mecanismo de manufactura mexicana que sirve para aplicar tintes inocuos en la piel a través de punciones a alta velocidad. Opera con 3 tipos de puntos desechables, para trazos finos y amplios.

Abarca múltiples usos en cirugía plástica y reconstructiva, ya que delinea, corrige y reconstruye cejas, párpados, labios, areola de pezón, lunares, cicatrices, etc.

Es maniobrable, seguro, rápido y eficaz. Su costo es mucho menor con respecto a otros instrumentos similares de importación.

AMIP se presenta en dos modelos. Opera con dos baterías "AA" o adaptador de corriente. Viene en estuche de piel que incluye siete puntas desechables, instructivo de funcionamiento y un videocassette explicativo. Tiene 1 año de garantía.



Informes:

Aparatología médica

GRUPO

MAG

Av. 515 No. 44 Col. Unidad Aragón
07969 México, D.F.
551 19 81 y 760 01 24



Para aliviar
sin
traumatizar

Rifocyna[®]

atomizador

(RIFAMICINA SV)

En heridas infectadas,
quemaduras e
infecciones de la piel

- Alta eficacia antibiótica
- Simplifica la asepsia del área afectada
- Facilita la remoción de apósitos sin dolor

3 a 4 aplicaciones al día

Lepril

