

Ritidoplastia con doble anclaje. Una técnica para principiantes

The double locking face lift. A technic for beginners



Mole, B.

Mole, B.*, Clavería, G.*

Resumen

Nuestra opción técnica del lifting cervico-facial reposa sobre los tres principios siguientes: disección subcutánea después de haber efectuado una pasada con una cánula fina, introducida por 2 o 3 mini-incisiones, primer anclaje clásico a la altura del SMAS y segundo anclaje tras lograr la tensión apropiada del colgajo cutáneo a 1 cm de la incisión inicial.

Reconocemos las siguientes ventajas de este método: seguridad en el plano de disección, ausencia de tracción a nivel de las cicatrices y respeto del capital capilar, proporcionando un resultado final natural de acuerdo a la solicitud por parte del tipo de pacientes que por lo general vemos en Francia. La técnica propuesta puede ser particularmente útil para aquellos cirujanos con experiencia limitada.

Presentamos una serie de 132 casos recogidos en los últimos 5 años. La tasa de reintervención fue del 3%, pero pensamos que subestima la calidad de los resultados y que debemos continuar esforzándonos por evitar las eventuales correcciones insuficientes de la ptosis yugal, de los surcos nasogenianos y del contorno mandibular. Preconizamos como vía de acceso la vía anterior, sobre todo en los cuellos difíciles y limitamos al máximo la disección mastoidea. Limitamos en lo posible las técnicas de tensión malar, origen de postoperatorios difíciles de manejar, y preferimos la restauración del volumen de la región empelando lipoinfiltración secundaria o el uso si es necesario, de algunos de los productos voluminizadores que actualmente están disponibles.

Palabras clave Ritidoplastia, Estiramiento cervico-facial, Cirugía de la cara, Cirugía del cuello, SMAS.

Código numérico 26-260.

Abstract

We report our favourite cervicofacial lift technique based on 3 principles: secondary undermining after subcutaneous cannulation through 2 or 3 small incisions, a first lock at the level of any classic SMAS technique and a second subdermic lock after appropriate tension on the skin flap 1cm in front of the primary incision.

We consider that this method provides the following advantages: safe undermining plane without any traction on the final scar, hair preservation, and a final natural looking consistent with the usual request in France. We therefore believe that this technique could be particularly useful for those whose experience is still limited.

We report the survey of the 132 cases operated over the past 5 years without any major incident. Revision rate is 3%, but we believe it underestimates the quality of the results and efforts must be continued on the possible shortcomings of cheek ptosis, correction of nasolabial fold and jowls.

We recommend a medial approach for difficult necks and are reluctant to undermine extensively the mastoid area. We limit as much as possible malar lifts which recovery is sometimes difficult to manage, preferring the restoration of this area through lipofilling later complemented if necessary by one of the many fillers now available.

Key words Rhytidoplasty, Cervicofacial lifting, Facial surgery, Neck surgery, SMAS.

Numeral Code 26-260.

Introducción

La ritidoplastia facial es una de las intervenciones que mayor número de opciones técnicas ha suscitado. La simple referencia *face lifting* en un motor de búsqueda nos lleva hoy a unas 81.000.000 de citaciones bibliográficas; además, muchas de esas citas están relacionadas entre sí, lo que el volumen de información al respecto sea tan importante y por lo tanto, tan difícil de conocer. Es por ello que nos parece particularmente presuntuoso intentar proponer nuestra versión de esta intervención quirúrgica; sin embargo, tras más de 20 años de práctica que nos han permitido asistir a la eclosión de la mayor parte de las propuestas actuales en materia de ritidoplastia cervicofacial, tratamiento del SMAS y disecciones subperiósticas más o menos extensas, pasando por las técnicas de disección endoscópica facial, los innumerables medios de contención de tejidos, la recuperación de volúmenes y los tratamientos de superficie, nos parece interesante dar algunas claves a aquellos que se inician en esta intervención; sus complicaciones, incluso si son excepcionales, son muchas veces delicadas de manejar ya que por lo general se prolongan en el tiempo y crean un grave obstáculo para el normal desarrollo socioprofesional de los pacientes, contrariamente a lo que sucede con otras intervenciones estéticas que pueden quedar ocultas, al menos transitoriamente.

El estudio del envejecimiento ha sido objeto de numerosos análisis (1,2) y es difícil tener en cuenta la influencia definitiva de la carga genética, de los factores medioambientales, de los hábitos de vida, etc. tal y como muestra el seguimiento de la evolución respectiva en gemelos homocigóticos (3).

Está bien establecido que la relajación de los tejidos, sin tener en cuenta el origen, se establece entre puntos fijos que no se movilizan o lo hacen poco (4). En la comprensión y evidentemente en el manejo de la relajación de los tejidos cervicales existe un factor mal estudiado y que habitualmente no se tiene en cuenta: la cifosis dorsal progresiva, muy marcada en la mujer después de la menopausia, en la que asistimos a una pérdida de la altura vertebral secundaria a la pérdida de minerales y raramente compensada con los tratamientos hormonocálcicos, que provoca un desplazamiento anterior de la línea vertebral que ninguna técnica periférica, por sofisticada que sea, puede resolver.

La práctica de unas centenas de ritidoplastias utilizando todas las técnicas disponibles, no nos ha permitido obtener toda la información relativa a la duración de los resultados y a día de hoy, resulta ilusorio pretender que una técnica nos dará indudablemente mejores resultados a largo plazo que otra. Todos los autores pueden presentar algunos resultados magníficos a 10 años, que desde nuestro punto de vista corresponden más a la programación genética favorable del paciente, que a una habilidad concreta del cirujano. Si queremos juzgar el resultado

buscado y obtenido, el estiramiento facial es para nosotros una de las más misteriosas intervenciones realizadas en Cirugía Estética. Contrariamente a la blefaroplastia, que es una cirugía poco habitual de repetir, en el estiramiento facial comprometer los resultados más allá de 10 años es a nuestro entender, una cuestión más de técnica de mercado que de información honesta. El envejecimiento no es lineal, se produce en saltos en los cuales hay periodos en los que nada aparece ni se manifiesta; la idea de realizar un estiramiento facial al comienzo de este periodo de cambio permite esperar un resultado bastante duradero; si el cambio se produce inmediatamente después de la intervención, lamentablemente los resultados de la misma pueden llegar a ser una decepción.

Este punto fundamental debe estar bien claro para el paciente desde la primera consulta. Es necesario también tener en cuenta la progresión en un periodo de 10 años: aceptar operar a un paciente joven es estar seguro de un resultado brillante y natural que debe estar ubicado dentro del contexto de la gestión del envejecimiento posterior; la cicatriz debe ser perfecta y limitada, el capital capilar debe ser respetado, y el concepto de mantenimiento médico debe quedar bien entendido e integrado.

Deseamos aquí, sobre todo, poner en las manos de aquellos que abordan esta intervención apasionante algunos elementos simples que les permitirán practicarla con un mínimo de inconvenientes, sobre todo de una manera rápida, inmediatamente eficaz, con un postoperatorio simple, un mínimo de incidentes, y de una forma fácilmente adaptable a la mayor parte de las solicitudes por parte de los pacientes. En cuanto a afirmar que esta técnica da mejores resultados que otra, es para nosotros una discusión sin interés en la medida en que se respete siempre el contrato con los pacientes.

Material y método

Técnica quirúrgica

Comenzamos siempre marcando algunos puntos de referencia en la habitación del paciente, nunca en el quirófano donde el ambiente técnico es siempre origen de estrés. Nos guiamos por una observación detallada, lo que quiere decir que hay que observar la zona de máxima ptosis (surcos nasogenianos, borde mandibular, comisuras) los volúmenes deficientes, el sentido deseado de los vectores. Marcamos también con una cruz las zonas de asimetrías, casi siempre existentes del lado donde la acción es más pronunciada.

1. El trazado del dibujo no tiene nada de particular: sobre la parte anterior se inclina dentro de la zona temporal capilar indicando la zona de disección y de desplazamiento donde el aparente excedente cutáneo será compensado por una adaptación debajo de la patilla, prolongándose más o menos según sea necesario, delante de la implantación temporal de una manera natural según Marchac (5). No será necesaria ninguna resección a nivel

del cuero cabelludo. Contorneamos el trago sobre el borde si no hay ningún pliegue natural, y si existe alguno, haremos la incisión sobre el pliegue. En los hombres, la incisión se hará sistemáticamente cerca del trago.

Contorneamos también la implantación del lóbulo pasando sistemáticamente a 2 mm del mismo; esto permite respetar un pequeño margen cutáneo intacto que a su vez favorece la discreción de la cicatriz resultante cuando termine la fase de retracción. En la parte posterior, la cicatriz ondula en la región retroauricular permite aumentar la longitud y favorece la adecuación cutánea al final de la intervención.

Cuando el problema cervical no parece predominante, la incisión termina entre el lóbulo y la mastoides. Si no, pasará más allá, a la zona imberbe, para quedar cubierta de manera permanente detrás de la oreja; luego se disimula en zig-zag en los primeros milímetros de la zona capilar cervical. Practicamos una incisión intracapilar en esta zona para prevenir y preservar el capital capilar y evitar la asimetría en escalera, signo que estigmatiza a los pacientes cuando retiran el cabello en la parte posterior, también existen algunos artificios que permiten reducir este problema basculando el excedente cervical hacia adelante.

A nuestro parecer, es importante que a los trazados preoperatorios clásicos se agregue el sentido de la tracción principal que llamaremos "vector de restauración". Este vector debe determinarse con el paciente sentado y se indica por una o dos líneas dibujadas sobre la piel, cuya orientación debe elegirse después de varias pruebas de estiramiento en tensión.

2. La instalación del paciente en la mesa operatoria es la habitual y la infiltración que empleamos es la tradicional sin exageración: 15-20 cc de lidocaina a 1% con epinefrina 0,1%, 0,2 cc de bupivacaina diluida, de cada lado, e inyectada 10 minutos antes de comenzar la intervención quirúrgica propiamente dicha.



Fig. 1. Dos a tres mini incisiones son suficientes para efectuar la totalidad de la disección subcutánea sin importar su extensión.

3. Las primeras incisiones son de mini-incisiones de 1 cm, en 3 a 4 localizaciones: zona temporal horizontal, región anterior del lóbulo, región mastoidea y región occipital si la cicatriz debe ser prolongada hasta esta zona. (Fig. 1). Estas mini-incisiones se realizan hasta el plano subcutáneo, pero es aconsejable unir las entre sí de manera más superficial a fin de obtener unos puntos de seguridad en caso de tracción intempestiva y no controlada durante el tiempo siguiente, que ya es particular de esta técnica.

4. Hacemos pasadas con cánula, gesto muy útil para los debutantes porque permite encontrar de forma natural y sin esfuerzo el plano adecuado de disección. Empleamos una cánula de 2 mm adaptada a una jeringa de 5 cc que se introduce por los orificios y realiza múltiples trayectos cruzados en la zona de disección prevista. En caso de que exista un exceso de grasa en la región cervical, estas pasadas con la cánula permiten realizar una li-poaspiración suplementaria y recuperar grasa que luego nos podrá servir para efectuar al final de la intervención el aumento de los pómulos, equilibrar el mentón o agregar grasa en los pliegues nasogenianos cuando son profundos.

5. La disección se realiza siempre a "cielo cerrado", lo que es poco habitual pero mucho más simple y rápido que la disección tradicional a "cielo abierto"; evidentemente necesitamos tener una perfecta confianza en los planos de disección inicial, la maniobra se ve facilitada por el paso de la cánula, si bien será una opción a realizar o no cuando se logre la experiencia adecuada.

La disección continúa con una maniobra de disección con ayuda de una tijera fina curva de punta delicada o fina roma (de manera paradójica esta última tijera es mucho más fácil de introducir en el plano correcto) y luego con una tijera de Metzenbaum más larga hasta completar la disección, siempre a través de las 2 o 3 pequeñas incisiones realizadas inicialmente. Eventualmente podemos agrandar 3 cm la incisión temporal y la incisión que queda debajo del lóbulo para permitir la introducción del dedo índice que es el mejor aliado "endoscópico" del cirujano; esta maniobra permite verificar en algunos segundos la calidad de la disección realizada y eliminar algunas bridas residuales. Tradicionalmente, es en la zona mastoidea donde la disección resulta un poco más delicada, pero nos parece que esta técnica permite evitar cambios intempestivos en el plano de disección. En la mayoría de nuestras ritidoplastias, la disección de la región mastoidea es superficial.

Las incisiones se ponen en continuidad entre ellas generalmente mediante un gesto de tijera, lo que permite descubrir toda la zona de disección. Si hemos respetado el plano correcto, veremos que este plano es neto y sin sangrado, y la totalidad de la disección nos habrá llevado en cuestión de tiempo unos 5 a 10 minutos en cada lado; lo mismo que si la disección la hubiera efectuado un cirujano rápido. Además, esta técnica de disección a "cielo

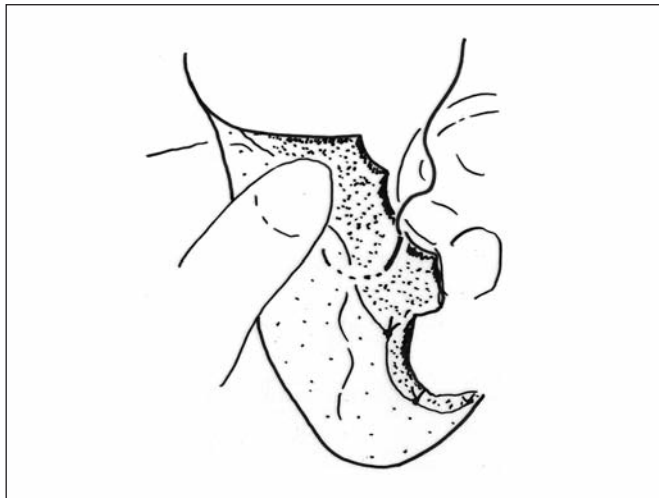


Fig. 2. Después del primer tiempo del anclaje (SMAS con anclaje de la región prelobulillo hasta el ligamento de Lore, extendido hacia abajo y hacia delante según la necesidad), el segundo tiempo del anclaje es únicamente subcutáneo ayudándose con suturas de tiempo de vida intermedio tipo Monocryl® 3/0 o Vicryl® 3/0-4/0: después de un paso en el tejido subcutáneo, aproximadamente a 1 cm de la incisión, la aguja toma el plano dermohipodérmico del colgajo que se presenta con la mano contralateral con la tracción necesaria.

cerrado" puede efectuarse a una gran distancia si es necesario; surcos nasogenianos, depresiones mandibulares o región cervical baja. Salvo en casos especiales, nosotros nos limitamos en general a los primeros 7-8 cm alrededor de la oreja porque nos parece que la calidad de la disección va a calificar el resultado final.

6. El tiempo siguiente es el de la puesta en tensión profunda por el primer anclaje (Fig. 2). Es imposible prever la calidad del sistema aponeurótico superficial, por lo que efectuamos un test a "cielo abierto" sobre el mismo, esencialmente en la región del ángulo y en la zona subcigomática, buscando el o los puntos más eficaces sobre la línea entre la comisura y la región cervical. Si el test es positivo (excelente eficacia frente a la mínima tracción con pinza), disecamos un colgajo clásico de SMAS con un ángulo superior abierto, inferior en relación a la zona zigomática, y prolongándolo más o menos distalmente sobre la parte inferior del platismo. En ocasiones, este colgajo es más anterior y más oblicuo si es necesario corregir la parte inferior de las mejillas y los pliegues de la amargura. El colgajo se tensa siguiendo 2 vectores principales: cigomático y mastoideo, previamente determinados. El excedente aponeurótico se reseca y el colgajo se mantiene mediante puntos sueltos de Vicryl® 3/0. Si el test es negativo o la aponeurosis es de mala calidad, podemos utilizar la plicatura siguiendo los ejes y una sutura sólida del ángulo del platismo al ligamento de Loré, tal y como describe Labbé (6). Este primer anclaje concierne a las estructuras profundas y permite estabilizarlas, sin que podamos saber muy bien cuál será la duración real de esta estabilización y procedemos entonces a estirar la piel sin tensión.

7. El segundo anclaje consiste en eliminar la piel excedente sin ejercer tensión sobre la cicatriz (Fig. 3). La

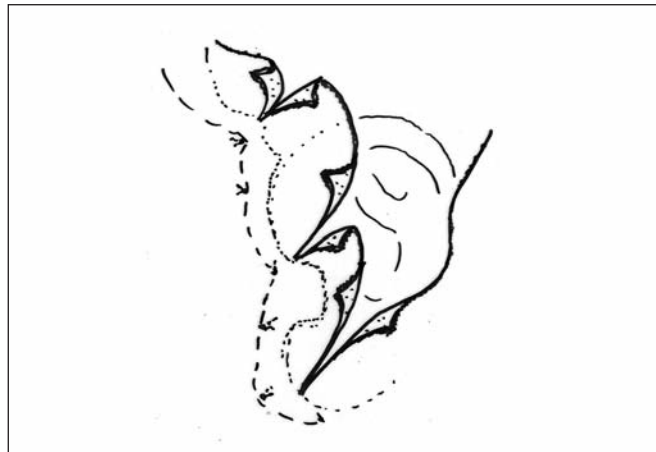


Fig. 3. Se reseca inmediatamente la piel excedente sin ninguna tracción. Todos los puntos de capitonaje desaparecen al cabo de 2 a 3 semanas.

mano no dominante del cirujano tensa la piel en dirección de la orientación prevista por los ejes planteados antes de la intervención, mientras que la otra mano, a medida que avanza, coloca suturas profundas subcutáneas (Fig. 3) de Monocryl® 4/0 delante de la oreja y de Vicryl® 3/0 detrás de la misma, cerca de 1/2 cm de la línea de incisión. Estas suturas profundas presentan un efecto inmediato de capitonaje transitorio que desaparecerá completamente aproximadamente a los 15 días de postoperatorio, a la manera de cómo actúan los capitonajes de la plastia abdominal con tensión importante.

8. El exceso de piel, una vez posicionado sin ninguna tensión directa, se reseca rápidamente con la ayuda de la tijera siguiendo el relieve dibujado en la proximidad de la incisión primitiva.

9. La sutura final se hace según la preferencia habitual del cirujano; personalmente, monofilamento de nylon 5/0 delante de oreja y Vicryl Rapide® 4/0 en la parte posterior. No dejamos ningún drenaje, pero siempre dejamos 1 cm de cicatriz abierta detrás del lóbulo para que si apareciera un hematoma, podamos drenarlo a su través ayudándonos de una sonda corta durante el primer día postoperatorio. Esta zona de la cicatriz se cierra de manera espontánea en unos pocos días.

10. Finalmente colocamos un vendaje liviano pero confortable (compresas con algodón mantenidas por una malla), y lo retiramos al día siguiente por la mañana. Recomendamos lavar y cuidar el cabello solo lo suficiente para mantener la cicatriz limpia durante los primeros días. Todas las suturas se pueden retirar al 7º día sin ningún problema, ya que la cicatriz no sufre ninguna tensión.

RESULTADOS

Recogemos las intervenciones efectuadas en los últimos 5 años con la técnica descrita. En total, entre 2008 y 2012 hemos aplicado este método en 128 mujeres y 4 varones (total 132 pacientes), con una edad media de 59,4 años (rango de 36 a 74).

Asociamos ritidoplastia en 69 casos con blefaroplastia (44%), en 50 con peeling (32%) y en 30 casos a ambos procedimientos (19%).

Como complicaciones tuvimos 1 caso de alteración unilateral transitoria del orbicular inferior y del cigomático mayor sin relación con la técnica quirúrgica y que creemos que probablemente fue secundario a estiramiento de la rama terminal correspondiente al VII par durante la disección directa del 1/3 medio. También 2 fístulas salivales unilaterales que se resolvieron en pocos días. No se presentó ningún otro incidente importante en esta serie.

El tiempo de recuperación postoperatoria de los pacientes nos parece aceptable: recuperación social en torno a los 10-15 días con maquillaje y a los 15-20 días sin maquillaje.

En nuestra forma de trabajar habitual no solemos clasificar los resultados al modo clásico entre mediocres a muy satisfactorios, porque no son vistos por un lector independiente (Fig. 4-12); preferimos anotar que 4 pacientes tuvieron que ser reintervenidos por resultados insuficientes, entre algunos meses y 5 años después de la

primera intervención, es decir, un 3% del total del grupo de estudio. Esto no significa de ninguna manera que la totalidad de los resultados nos hayan provocado una plena satisfacción.

Desde el punto de vista de los pacientes, es respetó por nuestra parte el contrato sobre la simplicidad del postoperatorio y sobre la calidad del resultado final también, si bien nosotros consideramos que un cierto número de resultados serían mejorables, particularmente en la zona de los surcos nasogenianos y en cuanto a la restauración del complejo pómulo/mejilla y del ángulo cervical (Fig. 7-8).

Discusión

En nuestra práctica, damos menos importancia a la calidad del resultado, que será muy subjetivo, o a su duración real en el tiempo que dependerá de múltiples factores, que a la seguridad del procedimiento en vista del resultado a conseguir.

Hemos abandonado la mayoría de las técnicas audaces debido a los postoperatorios difíciles que conllevan.



Fig. 4. A y B) Mujer de 64 años, ritidoplastia, blefaroplastia superior y peeling. Resultado al año.



Fig. 5. A y B) Mujer de 65 años, ritidoplastia, blefaroplastia superior e inferior, y Peeling. Resultado a los 10 meses.



Fig. 6. A y B) Varón de 60 años, ritidoplastia facial, cérvicoplastia anterior y peeling. Resultado a los 8 meses. C) el mismo paciente 10 años antes.



Fig. 7. A y B) Mujer de 53 años, ritidoplastia y lipoinfiltración periorbitaria. Resultado a los 10 meses.



Fig. 8. A y B) Mujer de 49 años, ritidoplastia con SMAS realizada bajo anestesia local pura.



Fig. 9. A y B) Mujer de 56 años, ritidoplastia más tensado malar, blefaroplastia superior e inferior por vía transconjuntival, cervicoplastia anterior y lipoinfiltración de mentón. Resultado a los 12 meses.



Fig. 10. A y B) Mujer de 53 años, ritidoplastia aislada. Resultado a los 12 meses.

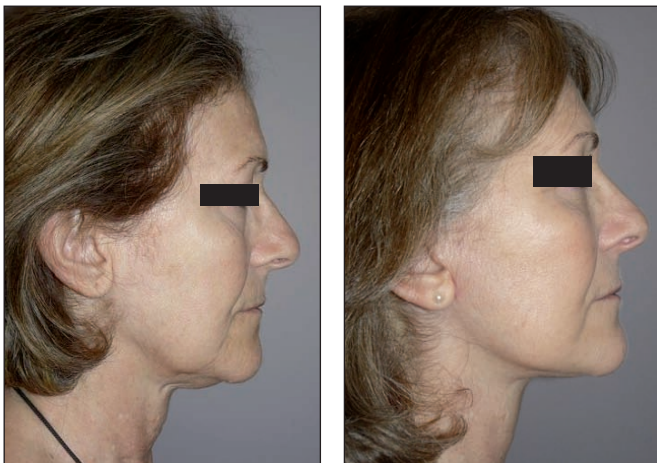


Fig. 11. A y B) Mujer de 59 años, ritidoplastia. Resultado a los 12 meses. En nuestra práctica jamás pronunciamos la palabra rejuvenecimiento durante la consulta con el paciente; nuestro contrato es asegurarle simplemente que estará bien de acuerdo a su edad.



Fig. 12. A y B) Mujer de 63 años, ritidoplastia y peeling. Resultado a los 6 meses.

Cuántas técnicas seducen en un marco teórico o por sus resultados fulgurantes y luego resultan ser decepcionantes. Hasta un cirujano experimentado y audaz como Hamra, en la búsqueda imposible de la corrección "definitiva" del surco nasogeniano, explica con una humildad

rara que la única corrección definitiva a largo plazo es la escisión bajo anestesia local (7).

Entre las múltiples preguntas que quedan expuestas sobre el estiramiento cérvico-facial, continuamos en busca de respuestas convincentes y adecuadas para los puntos siguientes.

1. ¿La importancia y el plano de disección marcan la diferencia en la calidad de la ritidoplastia?

Los estiramientos subcutáneos puros, exclusivamente practicados hasta los años 70, pueden aun reivindicar resultados muy aceptables. Este tipo de estiramientos tiene sus límites en tres zonas en las que el envejecimiento deja los mayores estigmas: la región de la comisura, la parte inferior de la mejilla y la zona cervical. Nosotros prolongamos la disección hasta dentro de estas zonas únicamente si no encontramos un SMAS de calidad suficiente como para permitir una buena tensión. En el caso contrario, la limitación de la disección mejora la simplicidad del postoperatorio (los hematomas están por lo general ausentes o aparecen al final de la primera semana en las zonas cervicales bajas), reduce la pérdida de sensibilidad transitoria y permite cualquier tipo de tratamiento agresivo de superficie adicional (*Resurfacing++*) durante la misma intervención. En cuanto a saber si una escisión del SMAS a lo Baker (8) es preferible a la realización de un colgajo tradicional (9) prolonga más distalmente y en anterior y más o menos en continuidad con el platismo, si el sentido de la sección (oblicua o vertical) influye realmente en el relleno de la zona del pómulo o si simples plicaturas pueden producir el mismo efecto, muchos autores han creído poder imponer sus puntos de vista definitivos para que pudiéramos contestarlos... De manera anecdótica, Antell (3) utilizando diferentes técnicas distintas en un lado y otro de la cara en 8 pares de gemelos homocigóticos, concluyó que si bien se pueden apreciar inicialmente diferencias de resultados, no hay ninguna diferencia a largo plazo habiendo tantos factores externos que influyen en el envejecimiento y que son variables de un gemelo al otro. En la mayor parte de los casos, nuestra zona de disección implica el reborde orbitario externo, no interesa la parte suborbitaria, no pasa más allá de la zona media de la mejilla, avanza hacia el ángulo mandibular y se prolonga más o menos lejos en el cuello. Nos parece importante señalar que las plicaturas ofrecen menos seguridad que un colgajo de SMAS si éste es de buena calidad; de todas maneras nos preguntamos acerca de la utilidad de una disección muy anterior, donde el SMAS se transforma en dehiscente. En la zona retroauricular no es siempre necesario prolongar la cicatriz distalmente sobre la mastoides; la mayor parte de los pliegues posteriores se reabsorben en los 2-3 meses posteriores a la intervención.

2. ¿Cómo resolver la reducción de volumen aparente del 1/3 medio facial?

La técnica aquí descrita no aporta ninguna solución a la cuestión de la ptosis de la región malar y de la mejilla, que para algunos no existe (1). Cuando constatamos la extrema estabilidad de los medios de contención preconizados, nos queda la duda frente a la duración de los resultados obtenidos por los hilos de anclaje o de pequeñas bolsas propuestas por otros autores (10).

En una revisión exhaustiva de las técnicas propuestas

para esta región desde hace 20 años, M. Paul (11) nos muestra bien que estos procedimientos se limitan a la convicción de aquellos que las proponen. Las disecciones han sido prolongadas y extendidas, luego han sido más profundas y por último, ultracombinadas (12,13). Toda la región anatómica ha sido revisada de manera exhaustiva y dividida en compartimientos donde cada uno tiene su función y participa en la evolución del envejecimiento. La totalidad facial no se sostiene solamente por los ligamentos de Furnas (14), sino por un conjunto de fijaciones que para algunos es necesario respetar y para otros seccionar. Si todas estas técnicas dan prueba de utilidad a corto tiempo, son sin embargo cuestionables a largo plazo; además, la relativa puesta en posición de todas estas estructuras no está exenta de consecuencias, porque provoca caras estereotipadas, que la mayoría de los pacientes en Europa rechazan.

Por todo esto, muchos autores insisten sobre todo acerca de la recuperación del volumen facial, y no sobre el reposicionamiento anatómico de las estructuras. Esto no excluye evidentemente la visión quirúrgica de la región y la búsqueda de un vector de tracción cada vez más verticalizado (4,12), a la vez que internalizado (2); totalmente lógico. Existen resultados que se presentan como extremadamente brillantes pero ¡¡¡ a qué precio !!! Pocos autores insisten sobre los postoperatorios difíciles de algunas técnicas que pueden perturbar hasta 2-3 meses después de la intervención la vida social y profesional de los pacientes: asimetrías, equimosis, transformación de la abertura palpebral, edema "en banana" subpalpebral, exceso aparente de los pómulos, alteraciones de la sensibilidad, etc. Nosotros, en la actualidad, tendemos a evitar la indicación del estiramiento malar (Fig. 5, 9) prefiriendo ocultar las marcas de la edad en esta zona malar mediante una lipoinfiltración.

3. ¿Será la restauración volumétrica la única clave de los estiramientos realizados con éxito?

El manejo de los volúmenes es evidentemente una parte importante del análisis preoperatorio de los pacientes. Es verdad que la lipoinfiltración ya existía antes de Coleman, pero el gran mérito de éste fue el realizar este gesto de manera sistematizada (15), lo que abrió el camino de un número importante de técnicas. Por importante que sea, este aporte debe ser puesto en su justa posición, es decir, como un complemento a veces esencial, a veces simplemente interesante, pero que de todas maneras por sí solo, no puede resolver la compensación de la ptosis contrariamente a las afirmaciones perentorias de aquellos que no efectúan técnicas de ritidoplastia (Fig. 6, 9, 10, 12). Y si el paciente no tiene ninguna zona de reserva disponible, se puede añadir durante la intervención la colocación de un implante permanente, lo que no incrementa la morbilidad de esta intervención (16). Personalmente, estamos sorprendidos de la reticencia que presentan algunos colegas a implantar en la región malar un cuerpo extraño de 1.5 a 2 cm³ con un gesto totalmente

reversible, cuando no tienen ningún escrúpulo para efectuar aumentos mamarios de varias centenas de cm³. En todos los casos, es fácil de proponer a partir del segundo mes de postoperatorio un soporte volumétrico empleando cualquiera de los diferentes productos disponibles a tal fin en la actualidad (17).

4. ¿Cómo manejar la ptosis cervical?

Todas las técnicas por vía posterior (plicaturas, colgajos de platisma asociados o no a lipoaspiración del cuello), son eficaces generalmente durante los primeros años, cuando el envejecimiento del cuello se marca solamente por una simple distensión. El anclaje del ángulo cervical al ligamento de Loré, bien sistematizado por Labbé (6) y Fogli (18), da un punto de fijación muy útil a partir del cual la puesta en tensión músculo-cutánea se hará sin esfuerzo. Por otro lado, cuando los músculos platisma son muy marcados, con presencia de cuerdas platismales importantes, no dudamos en realizar una incisión submentoniana (Fig. 6, 9, 10); esta incisión permite completar el gesto de extracción de grasa, reseca un excedente de piel en forma de media luna sobre el pliegue submental y practicar a su vez un gesto que nos parece más adecuado para tratar el músculo, como es la resección, tensión, o platis-moplastia. En la actualidad, esta incisión parece rechazada por muchos autores, pero nosotros la consideramos útil sobre todo para aquellos pacientes ancianos que presentan cifosis con desplazamiento cervical anterior importante a los que hicimos mención en el apartado de introducción; estos gestos, concentrados en un defecto que se presenta frecuentemente como un defecto mayor secundario al envejecimiento (ausencia de ángulo cervical), nos parecen infinitamente menores y menos agresivos que la extensión de la cicatriz por detrás de la oreja en el estiramiento cervical, con la sola utilidad de corregir el plano muscular cervical sometándolo a una tensión que algunas veces resulta excesiva, para resolver el exceso cutáneo (19). Cuando el excedente cutáneo cervical anterior nos parece excesivo, podemos resolverlo a través de una cicatriz submentoniana, o si no, asociando una cicatriz ver-

tical que descenderá hasta la base del cuello. La tensión a nivel del ángulo debe ser reducida frecuentemente por una gran Z, ya que en esta zona la cicatrización es mayoritariamente patológica, hipertrófica o queloidea. Proponemos esta intervención en varones en la cincuentena cuando únicamente se sienten molestos por el exceso de piel a nivel del cuello de la camisa (Fig.13) y en los que el problema no es el lograr el rejuvenecimiento al precio de cicatrices difíciles de ocultar y de padecer un desplazamiento de la barba que les da un aspecto artificial de la cara.

5. ¿Por qué no darle importancia a uno de los aspectos que el estiramiento, sin importar la técnica utilizada, no podrá jamás resolver?: el envejecimiento cutáneo superficial.

La limitación de la disección cutánea permite proponer cada vez que sea necesario un rejuvenecimiento mediante *peelings* más o menos agresivos que nosotros preferimos ampliamente frente al láser que a nuestro juicio prolonga el tiempo operatorio, conlleva un postoperatorio imprevisible y sin embargo, un resultado final comparable. En la mayoría de los casos, tras la preparación cutánea clásica de 15 días, podemos realizar un *peeling* con ácido tricloroacético quelado al 35% asociado, si es necesario, a un *peeling* de fenol de la región peribucal; si los labios presentan arrugas especialmente pronunciadas, podemos practicar a este nivel un *peeling* profundo de fenol, o una dermoabrasión invertida, es decir, el labio se beneficia primero de una dermoabrasión superficial con papel de fibra de vidrio seguida de un *peeling* de ácido tricloroacético (Fig.14). Estos gestos complican el postoperatorio inmediato, primero por el edema, y luego por la coloración bastante viva durante las 3 primeras semanas; se puede aplicar maquillaje desde la caída de las costras, aproximadamente a los 7 días.

Podemos afirmar que en nuestra experiencia, el resultado obtenido es muy bueno y lo proponemos casi sistemáticamente en pacientes de más de 50 años, siempre



Fig. 13. A y B) Ejemplo de abrasión química invertida en la región bucal. La abrasión del labio precede a la aplicación del ácido tricloroacético para aumentar el resultado.



Fig. 14. A y B) Cervicoplastia anterior aislada en varón de 61 años. Resultado a los 7 años.

que la piel se preste a ello y que haya una indicación real: manchas, arrugas etc. También hemos de tener en cuenta de manera general que el precio de estos productos resulta igualmente decisivo para obtener una solución al problema (Fig. 4, 6,12).

6. ¿Cómo manejar el excedente final de piel?

Lo importante es que este excedente cutáneo no depende de la técnica, por el hecho de que la resección implica una gran tensión cutánea pura antes de la resección final; es una de las razones por la que rechazamos toda puesta en tensión de la piel por tracción directa y repartimos esta tensión por puntos de capitonaje, reduciéndola a 1-2 cm antes de la cicatriz (principio del segundo anclaje).

En la parte anterior, el excedente es primero temporal y conviene distribuirlo mediante una disección más o menos extendida sin resección capilar, o mediante una cicatriz en zig-zag precapilar, con una incisión oblicua que permitirá a los bulbos pilosos crecer por delante de la cicatriz. La resección del cuero cabelludo puede alcanzar hasta el golfo temporal. Detrás de la oreja se puede jugar para adecuar la piel en los 3/5 de la cicatriz superior (donde la oreja ocultará los pliegues que desaparecen 4 semanas después de la intervención). En la zona occipital la cicatriz comporta los mismos artificios que en la zona temporal, pero la practicamos raramente.

Conclusiones

Cuando comenzamos esta intervención fascinante, nos consideramos siempre como eternos debutantes puesto que es difícil conocer y descubrir los secretos del envejecimiento. Los progresos que podemos esperar no vendrán posiblemente del lado de la Cirugía. Es por ello que nos parece esencial que los cirujanos se interesen cada vez más en los avances médicos del rejuvenecimiento.

De todas maneras, la cirugía del envejecimiento no nos

parece totalmente conseguida por mucho que algunos autores lo sugieran. Aunque todas las técnicas presentan resultados seductores a corto tiempo, nuestro sentimiento después de haber practicado varias centenas de ritidoplastias es que es preferible evitar la destrucción irreversible de las estructuras que se restaurarán de una manera incierta y de forma diferente a las zonas naturales de drenaje linfático. Poco importa a quien se somete a la intervención el que se emplee una técnica seductora y audaz; lo que busca en principio es una intervención con un resultado discreto y lo más eficaz posible, con un postoperatorio simple y previsible. Esta demanda puede ser satisfecha gracias a este grupo de técnicas que presentamos, que si bien es cierto no son muy originales, conviene adquirir desde el principio de la práctica quirúrgica.

Dirección del autor

Dr. Bernard Mole
15 Avenue de Tourville
75007 Paris, Francia
e-mail : drmole@sfr.fr

Bibliografía

1. **Lambros V, Stuzin J.:** Discussion: Longevity of SMAS Facial Rejuvenation and Support. *Plast Reconstr Surg* 2010;126: 238-239.
2. **Le Louarn Cl.:** La région médiofaciale : anatomie fonctionnelle, vieillissement, indications thérapeutiques et lifting malaire concentrique. *Ann Chir Plast Esthét* 2009; 54: 411-420.
3. **Antell D, Orseck J A.:** Comparison of Face Lift Techniques in Eight Consecutive Sets of Identical Twins. *Plast Reconstr Surg* 2007;120:1667-1673.
4. **Besins Th.:** The "R.A.R.E." Technique (Reverse and Repositioning Effect): The Renaissance of the Aging Face and Neck. *Aesth Plast Surg* 2004; 28: 127-142.
5. **Marchac D.:** Against the "Visible" Short Scar Face Lift. *Aesth Surg J* 2008; 28:200-208.
6. **Labbe D, Franco R., Nicolas J.:** Platysma Suspension and Platysmaplasty during Neck Lift: Anatomical Study and Analysis of 30 Cases. *Plast Reconstr Surg* 2006;117:2001-2007.
7. **Hamra, S.:** A study of the long term effect of malar fat repositioning in face lift surgery: Short-term success but long term failure. *Plast. Reconstr. Surg* 2002; 110: 956-959.
8. **Baker D.:** Lateral SMASectomy. *Plast. Reconstr. Surg* 1997;100: 509-513.
9. **Rohrich R, Ghavami A, Lemmon J, Brown S.:** The Individualized Component Face Lift: Developing a Systematic Approach to Facial Rejuvenation. *Plast Reconstr Surg* 2009;123:1050-1062.
10. **Tonnard P, Verpaele A.:** Short-Scar Face Lift: Operative Strategies and Techniques Quality Medical Publishing, St. Louis; 2007.
11. **Paul M, Calvert J, Evans G.:** The Evolution of the Mid-face Lift in Aesthetic Plastic Surgery. *Plast Reconstr Surg* 2006; 117: 1809-1827.

12. **Little, JW.:** Three-Dimensional Rejuvenation of the Midface: Volumetric Resculpture by Malar Imbrication. *Plast Reconstr Surg.* 2000; 105: 267-285.
13. **Ramirez O M.:** Full Face Rejuvenation in three-dimensions: A “face-lifting” for the new millennium. *Aesth Plast Surg* 2001;25: 152-164.
14. **Furnas DW.:** The Retaining Ligaments of the Cheek. *Plast Reconstr Surg.* 1989;83:11-16.
15. **Coleman, S.:** Structural Fat Grafting. *Plast Reconstr Surg.* 2005;115:1777-1778.
16. **Mole B.:** Long- Term Treatment for Lipoatrophy Associated or Not With HIV Infection Using ePTFE Implants and Polyacrylamide Gel. *Aesth Surg J.* 2006; 25: 561-570.
17. **Mole B.:** Procédés de Comblement à Durée Prolongée. *Ann Dermatol Venerol.* 2008;135:1539-1547.
18. **Fogli A.:** Skin and Platysma Muscle Anchoring. *Aesth Plast Surg.* 2008,32 (3): 531-541.
19. **Zins J, Menon N.:** Anterior Approach to Neck Rejuvenation *Aesth Surg J,* 2010; 30: 477-483.