

## CARTAS AL DIRECTOR

### Respuesta del Dr. J. P. Aracil Kessler al comentario del Dr. A. Tapia sobre el artículo «Lifting frontal apoyado en malla de polipropileno» publicado en el Vol. 32, nº 1 de 2006. Pg 1-9.

En primer lugar queremos agradecer sinceramente los elogiosos comentarios que sobre nuestro trabajo hace el Dr. A. Tapia.

A continuación paso a enumerar las cuestiones que me parecen de interés en relación al artículo citado.

1.-En primer lugar el largo tiempo pasado desde que se remitió el artículo a la redacción de la revista hasta su publicación, ha hecho que ocurrieran cosas en varios sentidos.

Uno de ellos es el que de la escasa treintena de pacientes tratados que configuraron ese artículo, han pasado a ser más de un centenar. Ello ha llevado a consolidar unas apreciaciones como hechos, así como a que apareciera alguna complicación que no se había dado con la muestra más corta, como más adelante mencionaremos.

El otro es la aparición en la Revista Plastic and Reconstructive Surgery en su número de Octubre de 2.005 (1) un artículo firmado por Mehmet Mutaf en que describen una técnica y con un material prácticamente calcada de la nuestra.

Dado que nuestro artículo fue remitido en Noviembre de 2.004 para su publicación y además fue presentado en el XL Congreso de la S.E.C.P.R.E. de la Coruña en Junio de 2.005 (2), queda fuera de toda sospecha la posibilidad de plagio nuestro hacia ellos. Y viceversa, por las fechas de la entrega de sus originales no cabe ninguna duda de la limpieza de su publicación.

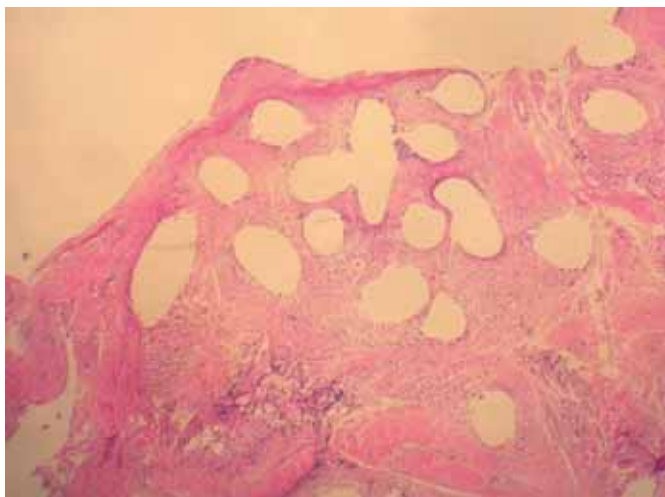


Figura 1. Foto de microscopía a 40 aumentos. Se ve el tejido cicatricial y los espacios dejados por la malla englobada en el mismo.

Pero me gustaría llamar la atención de que dos grupos separados ampliamente en el espacio y no perteneciendo al mundo anglosajón, converjan en el tiempo con una misma técnica (salvo inapreciables diferencias) usando el mismo material. Seguramente nos vimos arrastrados por el “azar y la necesidad” común.

La coincidencia no sólo es a nivel de “material y método”(más prolijo en nuestro artículo), sino a nivel de resultados (donde su original es más gráfico), y aunque no aporta muchos más casos de los que aportábamos nosotros, si que aporta un seguimiento durante más tiempo (siete años), insistiendo en la permanencia de los resultados en el tiempo.

2.-Comenta el Dr. Tapia que parte de los resultados no se deben únicamente a la suspensión sino a la “fibrosis” inducida por la malla. En efecto, de ello ya hablamos en el artículo en el apartado “Elección del Material” cuando decíamos que promocionaba la “..incorporación de vasos, fibroblastos y macrófagos y con ello la formación de y aposición de fibras de colágeno..”

3.-En otro orden de cosas comenta el Dr. Tapia que nuestro artículo más que en una técnica, se centra en “el estudio, solución y aplicación de una malla de polipropileno..”

La malla de polipropileno ya se ha usado en Cirugía Plástica (3) e incluso Estética (4).

En realidad creo que nuestro artículo representa una alternativa a otras técnicas de suspensión, ahorradoras de piel como son las del uso de “garras” de más complejo uso y más caro, o el de hilos subcutáneos, también más caros y con resultados discutibles como se puede observar en un trabajo publicado recientemente en la revista Journal of Cosmetic Medicine and Surgery (Edición en castellano) (5), en que se presentan imágenes con bridas por la tracción por un solo punto como un gran resultado, cuando nosotros las consideraríamos una complicación. Lo mismo se podría decir de las “garras” (Endotine®) cuya tracción se hace también desde un solo punto. No comentaré de los sistemas endoscópicos que nos parecen superados.

4.-Con respecto a las fotografías aportadas. Puede que no sean las más representativas que podríamos haber presentado. Sin embargo, y ante la limitación de imágenes que se deben presentar preferimos usar unas



Figuras 2, 3 y 4. Preoperatorio. Postoperatorio en reposo en el centro, y postoperatorio elevando las cejas a la derecha.

en las que, por la magnitud del defecto previo o por la claridad con que se muestra la frente, aparecía un segundo efecto, consecuencia de la intervención y no buscado por nosotros en un principio, pero que apareció como efecto colateral de una forma constante, y queríamos que quedara de él registro gráfico, por si fuera materia de discusión en un futuro. Me refiero a la desaparición o suavización, también de las arrugas frontales y glabellares.

Este efecto es un hecho. Tanto es así que en los últimos 50 casos no hemos realizado acción alguna sobre los músculos Procerus o Corrugator, ya que el gesto de esta intervención lo hace generalmente innecesario.

Nuestra Tesis sobre ese efecto es que el envejecimiento lleva a una caída de la ceja sobre el párpado. Como consecuencia el sujeto, en su vida de relación, tiende a elevar consciente pero involuntariamente las cejas (no de forma refleja), lo que realiza el músculo frontal como agonista creando las arrugas frontales, y el Orbicular de los párpados, el Procerus y Corrugator como antagonistas creando las arrugas glabellares (6).

Con la suspensión de la cola de las cejas esta acción desaparece y con ella su efecto en las arrugas. Y este

efecto se manifiesta claramente en las fotografías presentadas.

5.-Por ultimo señalaremos, ya que no lo ha hecho el Dr. Tapia como esperábamos, lo que creemos una cuestión clave, y que no queda aclarada ni en nuestro artículo, ni en el del "Plástico": Tras la intervención, y con la fibrosis creada en torno a la malla, las cejas ¿quedarán fijas e inmóviles?, o por el contrario ¿se podrán mover con naturalidad?

Pudimos demostrar el hecho de que la fibrosis cicatricial envuelve y rodea a la malla (Fig 1), cuando pudimos recuperar una porción de ella, como consecuencia del tratamiento de una complicación que se dio en una paciente, a la que se le podía palpar e incluso ver el granuloma del nudo de los puntos de sujeción superior de la malla, y una irregularidad del extremo de la misma. Esta y otras complicaciones se describen muy bien en el artículo de Mehmet Mutaf, con el que coincidimos plenamente, como señalábamos al principio de esta respuesta.

Sin embargo, y a pesar de esta fijación de la malla por la fibrosis, la elevación de las cejas no se pierde como se puede observar en las fotografías que aporta-

mos (Fig. 2-4). Ello se debe, a nuestro juicio, al hecho que pudimos constatar en esa misma ocasión, ya que observamos que la unión de la malla se daba fundamentalmente a la galea, no existiendo prácticamente adherencia alguna al plano perióstico de la calota.

De este hecho se extraerían dos consecuencias. La primera explicaría por qué se conserva la dinámica de las cejas, al permitir deslizarse el conjunto cicatricial de malla y galea sobre el periostio, ante la contracción del extremo del músculo frontal, y la segunda, y de tipo técnico, que haría innecesario que el extremo superior de la malla se fijara al periostio, pudiendo fijarlo simplemente a la galea suprayacente.

## Bibliografía

1. **Mehmet Mutaf, M.D.** "Mesh Lift: A new procedure for Long-Lasting results in brow lift surgery" *Plst.Reconstr.Surg.* 2005; 116(5): 1490.
2. **Aracil Kessler, J.P, De Francia Cachon, S., Vicent Dols, A., Llorens Salvador, M., Esteban Masanet, M., Llobet Mercé, J., Martín García, R.F., Boldó Roda, E.** "Suspensión frontal con malla de Polipropileno" XL Congreso de S.E.C.P.R.E. La Coruña, Junio 2.005 Comunicacin Oral: Pág 103 del libro de Comunicaciones.
3. **Strezlow, V.V.; Friedman, W.H.; Katsantonis, G.P.** "Reconstruction of the paralyzed face with the polypropylene mesh template" *Arch Otolaryngol.* 1.983; 109: 140.
4. **Sampaio Gomes, J.C.** "Periareolar mammoplasty: Double-skin technique with application of mesh support". *Clin Plast. Surg.* 2.002, 29: 349.
5. **Hernández Pérez, E.; Abbas Khawaja, H.;** "Elevación de la ceja como procedimiento ambulatorio" *Internacional Journal of Cosmetic Medicine & Surgery* (Edición en Castellano) 2005; 7 (2) : 15.
6. **Spalteholz, W.** "Atlas de Anatomia Humana" Volumen II, Editorial Labor S.A.1.974 Pp. 327.