

Ritidoplastia con cicatrices cortas: ligamentos de retención y vectores de corrección

Rhytidoplasty with short scars: retention ligaments and correction vectors



Ventura, O. M.

Ventura, O. M.*, Marcello. G.*, Marino, H.**, Buquet, J.***, Gamboa. J.*

Resumen

Las intervenciones actuales de ritidectomía tienden a emplear abordajes menos extensos, con postoperatorios más sencillos. Los autores exponen las bases anatómicas de las técnicas de suspensión con suturas tractoras que remolcan los tejidos anulando los ligamentos de retención ósteo-músculo-cutáneos. Se analizan y emplean múltiples vectores de corrección.

Abstract

Actually, lifting procedures tend to be less extensive and with a simpler postoperative course. The authors explain the anatomical basis of suspension techniques that use traction sutures to tow the tissues, by-passing the effect of the osteo-muscle-cutaneous ligaments. The different correction vectors used are analyzed.

Palabras clave Ritidoplastia, Estiramiento facial,
Rejuvenecimiento.

Código numérico 260

Key words Rytidoplasty, Lifting, Rejuvenation

Numeral Code 260

* Cirujano Plástico. Hospital Interzonal de Agudos Evita-Lanús y Clínica Estrada. Buenos Aires. Argentina.
** Cirujano Plástico. Instituto Argentino de Diagnóstico y Tratamiento. Buenos Aires. Argentina.
*** Cirujano Plástico. Sanatorio Mater Dei. Buenos Aires. Argentina.

Introducción

En la cirugía del rejuvenecimiento facial han aparecido nuevos conceptos que nos invitan a una revisión de los conocimientos (1). La historia de la ritidoplastia muestra desde sus comienzos una permanente búsqueda de estructuras y planos más profundos para obtener resultados mejores y más duraderos. Actualmente, esta tendencia parece revertirse; es como si finalmente se escuchara la petición de nuestros pacientes de una intervención leve, con postoperatorio corto y mínimas complicaciones.

En un extremo de estas opciones podemos mencionar las técnicas que emplean hilos reafirmantes, recurso simple que, en algunos casos puede satisfacer las expectativas (2-3). En el otro estarían las de *lifting* con mínimo abordaje, que generan cicatrices cortas, preservan las líneas de implantación pilosa y acortan el abordaje retroauricular.

En 1999 Saylan (4) describe una técnica muy parecida a las primitivas denominada S-LIFT con abordaje restringido pre y retroauricular en S invertida, agregando suturas permanentes de suspensión. Stochero (5) en el 2001 publica una sutura en *round block* periauricular que tracciona uniformemente la mejilla. Patrick Tonnard(6) coloca suturas de anclajes parecidas, pero introduce un concepto bien definido: la dirección vertical de la tracción. Esta técnica fue publicada como MACS – Lift (*Minimal Access Cranial Suspension Lift*), se podría resumir como un abordaje preauricular, un despegamiento subcutáneo limitado y puntos de suturas permanentes en forma de U desde el platisma a la aponeurosis temporal profunda con vector vertical, y en “O” o circular con vector oblicuo del SMAS de la mejilla anclándolo también en la misma aponeurosis.

Hace varios años que incursionamos intuitivamente en estos métodos, pero nos convencimos al estudiar los trabajos de Bryan Mendelson sobre los principios de vectores y fijación del SMAS al esqueleto facial.

La descripción del SMAS por Mitz y Peyronie(7) ha sido el aporte fundamental en la cirugía del *lifting* en los últimos 30 años, utilizado y analizado por otros colegas (8-9) y de suma importancia en los procedimientos que desarrollaremos en el presente artículo.

¿QUÉ DEBEMOS SABER PARA CONSIDERAR EFECTIVO UN SIMPLE PROCEDIMIENTO DE SUSPENSIÓN DE LAS ESTRUCTURAS FACIALES PTOASADAS?

1- Conocer los ligamentos de retención de la mejilla al esqueleto facial.

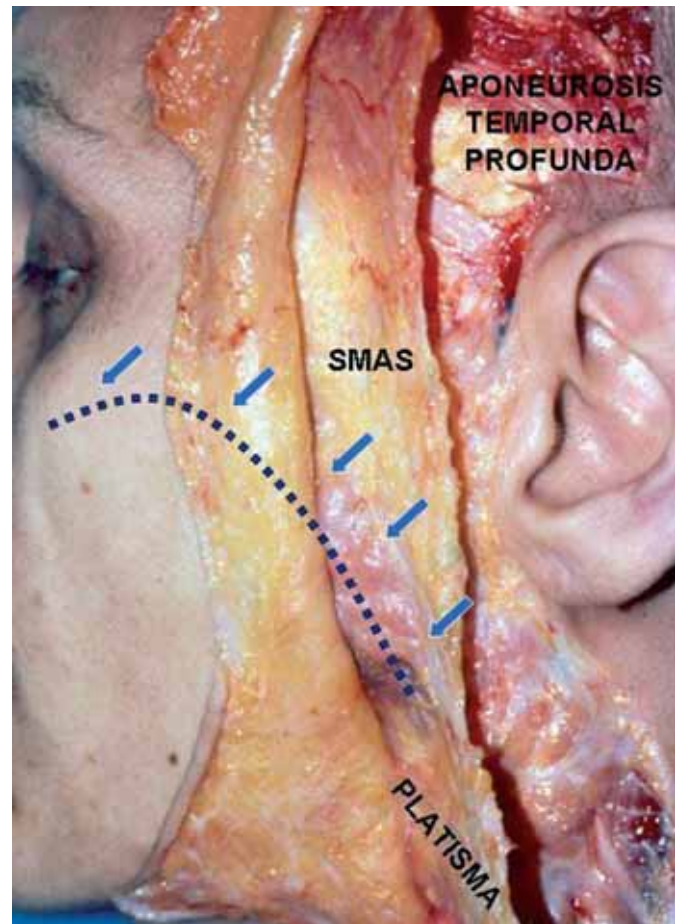


Fig. 1: Distribución de los ligamentos de retención. (Preparado diseccionado por el Dr. Paulo Mateo Santana).

2- Comprender la fisiología de la laxitud de la mejilla en relación al envejecimiento facial.

3- Saber cómo y hacia dónde colocar los puntos de tracción.

Descripción de los ligamentos de retención de la mejilla

Las fijaciones de los tejidos blandos de la mejilla al esqueleto facial tienen forma de L invertida y están formadas por los ligamentos cigomáticos y maseterinos. En el ángulo de la L está el ligamento cigomático principal, inmediatamente lateral al origen del músculo cigomático mayor. La rama horizontal de la L se extiende medialmente a través del cigoma y de la maxila en relación a los orígenes de los músculos cigomáticos mayor y menor y al elevador del labio superior. La rama vertical de la L está formada por múltiples fijaciones fibrosas desde el retinaculi cuti, SMAS, terminando en la fascia profunda del masetero.

Esta delimitación de fijación de la mejilla la divide funcionalmente en dos partes o sectores: lateral o parotidea y medial o de los músculos de la mímica (10-11). La primera (preauricular), es de fácil libera-

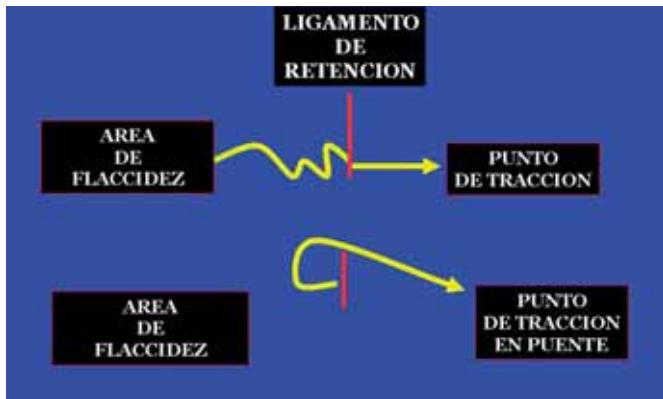


Fig. 2: Esquema ilustrando las suturas puente que anulan los ligamentos de retención.

ción y la segunda (medial) es de difícil disección, porque incluye a los músculos más importantes de la expresión facial y es el área donde se evidencia el envejecimiento (Fig.1)

Originalmente, la cirugía del SMAS se limitaba a la disección de la parte más lateral de la cara, no traspasando el límite ligamentoso vertical, por lo cual no producía ningún efecto en la parte medial de la mejilla. Las llaves de la evolución fueron las técnicas del SMAS extendido, donde la disección liberaba las fijaciones de retención (12-15). Una forma simple de cumplir con el mismo cometido es mediante la tracción del SMAS medio desde el SMAS lateral con puntos de remolque, que salten la línea de fijación en forma de puente anulando el efecto de retención. Esto aclara la efectividad de los puntos de tracción y anclaje de Tonnard, Isse, Stocchero, Zimman, etc. (16-17) (Fig.2)

El reconocimiento de estos ligamentos que fijan el SMAS al esqueleto facial y a la aponeurosis del masetero o fascia profunda es la clave principal de la cirugía facial que utiliza el SMAS, porque si existe un bloqueo entre el punto de fuerza y el área que requiere corrección, no es posible para un colgajo de SMAS mejorar ese área. Por lo tanto, las opciones técnicas para cumplir con el cometido son dos:

- 1- SMAS extendido (liberación de las fijaciones)
- 2- *By-pass* o puente con suturas entre el SMAS medial y el lateral neutralizando los ligamentos de retención.

El patrón anatómico de las fijaciones ligamentosas de la cobertura cutánea facial compartimentaliza la cara y son estas fijaciones las que producen un efecto de estabilización absorbiendo tensiones y limitando los movimientos de la expresión dentro de cada región.

En la juventud existe un balance entre fijación y movimientos. La reducción de la firmeza de los ligamentos por la edad hace que el efecto de la misma

contracción muscular tienda a producir un gran desplazamiento de los tejidos blandos de ese compartimento y se transmita al vecino en un efecto dominó.

Obviamente, la influencia de la gravedad es la misma en la juventud que en la vejez, pero el desplazamiento de los tejidos con la gravedad es limitado en la juventud. El descenso de los tejidos por efecto de la gravedad solo ocurre cuando estos han comenzado a relajarse.

Existen múltiples vectores de desplazamiento tisular en el rostro envejecido. La corrección de cada vector de desplazamiento requeriría idealmente de un vector propio de corrección.

Cuando se aplica una fuerza en una dirección particular, por ejemplo vertical, el resultado es máximo en esa dirección; pero existe también un efecto en el ángulo de la fuerza primaria que genera un componente secundario horizontal y de desplazamiento posterior (18). Llevado a la práctica, una tracción desde el platismo con vector vertical tiene un componente vertical principal que favorece a las partes blandas del ángulo mandibular y un componente horizontal que beneficia a los tejidos ptóticos del borde mandibular. En un rejuvenecimiento facial, a cada área le puede corresponder un vector principal y uno secun-



Fig. 3: Diferentes áreas faciales con los vectores correspondientes a cada una.

dario de corrección. Como ejemplo, a nivel medio de la mejilla, el vector deberá ser oblicuo para reducir distorsiones, como abultamientos de piel en el área de la pata de gallo.

A nivel del área cigomática central, puede aplicarse un vector vertical sobre el orbicular con un efecto principal o primario en esa dirección y uno secundario oblicuo generando un *lifting* de corrección del triangulo central de la cara o región cigomática-geniana.

La localización de cada sutura causa un efecto direccional distinto de soporte. En la práctica dividimos la región facial en cuatro áreas:

- 1- Area mandibular
- 2- Area cervical
- 3- Area cigomática lateral
- 4- Area cigomática central

Cada área tendrá un tratamiento particular y según el caso podrán ser tratadas todas o sólo algunas de ellas, pero en esta secuencia (Fig. 3).

TECNICA QUIRURGICA

1- Area mandibular

Mediante abordaje preauricular con prolongación horizontal en patilla y retroauricular de 15 mm., se disecciona el plano subcutáneo no más allá de 5 cm. Colocamos un punto en "U" de poliéster trenzado (Ethibon® 2-0) que tracciona con el vector principal vertical desde el platismo submandibular y se ancla en la aponeurosis temporal profunda. De esta forma se genera la acción de un vector secundario de dirección horizontal y posterior, mejorando la zona mandibular y moderadamente el cuello.

Esta área es la más importante y clave en el resultado final de la cirugía, por lo que el punto debe ser lo suficientemente fuerte para sostener la mejilla.

2- Area cervical

Este área se mejora con una o dos suturas de Ethibon® 3-0 con vector horizontal de tracción desde el platismo a la aponeurosis mastoidea, asegurando y reforzando la acción del vector secundario de la técnica descrita para el área 1. Compite con el vector principal vertical de esa área, por lo cual recomendamos hacerlo después del anterior.

3- Area cigomática lateral

Mediante el mismo abordaje del área 1 se coloca una sutura tipo poliéster trenzado (Ethibon® 3-0) tipo jareta o en "O" que toma el SMAS de la mejilla por delante y detrás de la línea de los ligamentos de fijación y retención vertical. Este punto se anuda y se

fija en la aponeurosis temporal profunda. El vector de tracción es oblicuo

4- Area cigomática

A través de un abordaje subciliar, se disecciona en el plano subcutáneo un sector de 13 mm. de promedio, en relación al exceso cutáneo que se presume reseccionar. Se extirpan las bolsas adiposas internas y media si es necesario; la externa se tratará al final. Con maniobras de pinzamiento y tracción vertical del músculo orbicular se busca el punto óptimo de tracción cuya movilización provoque un evidente estiramiento del área cigomático-geniana. Una vez establecido el mismo, y a partir de él, se realiza una miectomía en forma romboidal. Su límite superior está dado por una línea horizontal que parte del ángulo externo del párpado. El tamaño de la resección se trasladará al párpado opuesto para lograr simetría en la tracción. Si la bolsa grasa externa protruye bajo el septo, se retraerá fulgurándola superficialmente con radiofrecuencia. A través del abordaje del párpado superior y el posible tra-

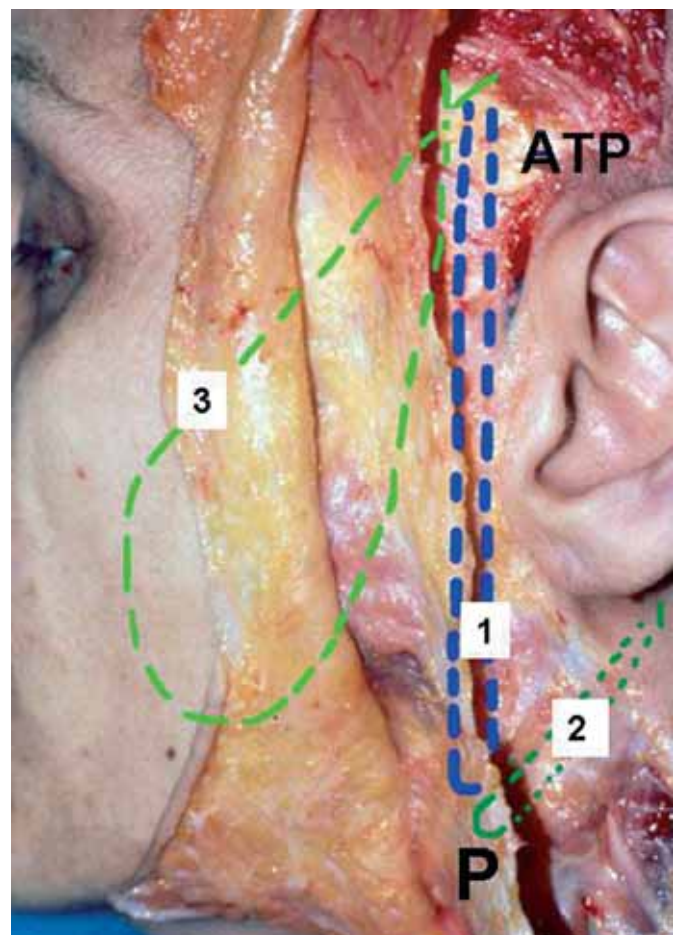


Fig. 4: 1-Punto de poliéster trenzado 2/0 que en trayecto en "U", entrando y saliendo en el SMAS preauricular, toma el platismo y lo ancla a la aponeurosis temporal (ATP) profunda. 2 - Punto del platismo a la aponeurosis mastoidea. 3- Round Block con poliéster trenzado 3/0 desde el SMAS medio y lateral, que se fija y anuda en la ATP.



Fig. 5: Punto de tracción vertical con nylon monofilamento 4/0 desde el orbicular al reborde orbitario.

tamiento del ROOF, exponemos el reborde orbital superior en su tercio externo, donde tomamos el periostio con nylon 4/0 y en un trayecto submuscular descendente se toma el borde del músculo orbicular. La aguja, haciendo el camino inverso, se anuda en el reborde orbital con la tensión necesaria para contactar los bordes musculares remanentes. Debemos reseca un importante exceso cutáneo, correspondiente al tejido desplazado. Si se ejecutan estas maniobras de la manera descrita, no hay posibilidad de error por hiper o hipocorrección (Fig. 4, 5).

Material y método

Hemos operado 150 casos en los últimos 7 años (2000-2007) con algunos de los principios descritos, pero sin una sistematización definida. Probamos materiales de suturas, puntos de fijación, vectores, planos de disección, tensiones etc. Dentro de la metodología desarrollada en esta presentación pueden considerarse 35 de estos casos en los que usamos el protocolo descrito.

Todos los pacientes fueron mujeres con tejidos ptóticos en la región cigomática, mandíbula, mejilla y cuello, este último con moderado exceso cutáneo (Fig.6, 7).

La edad promedio de las pacientes fue de 54.8 años y las áreas tratadas al mismo tiempo fueron la 1,2,3 y 4 en 21 casos (60%), 1, 2 y 3 en 11 casos (31,43%) y el área 4 en forma única en 3 casos (8.57%) (Tabla I).

Tabla I. Áreas de tratamiento sobre 35 casos

Edad promedio: 54.8 años. Sexo: femenino					
CASO	EDAD	ÁREA			
		3	4		
1	45	X	X	X	X
2	50	X	X	X	
3	60	X	X	X	
4	65	X	X	X	
5	47				X
6	70	X	X	X	X
7	61	X	X	X	X
8	64	X	X	X	
9	55				X
10	53	X	X	X	X
11	59	X	X	X	
12	47	X	X	X	
13	41	X	X	X	X
14	68	X	X	X	X
15	61	X	X	X	X
16	40	X	X	X	
17	54	X	X	X	X
18	58	X	X	X	X
19	53	X	X	X	
20	62	X	X	X	
21	49	X	X	X	X
22	52	X	X	X	X
23	57	X	X	X	X
24	48	X	X	X	X
25	66	X	X	X	X
26	63	X	X	X	X
27	48	X	X	X	X
28	45	X	X	X	
29	57	X	X	X	X
30	61	X	X	X	X
31	40	X	X	X	X
32	62	X	X	X	X
33	54	X	X	X	X
34	48				X
35	57	X	X	X	



Fig. 6: Paciente de 48 años. A-B-C: preoperatorio. D-E-F: post peratorio a los 18 meses con tratamiento de las áreas 1, 2, 3 y 4.

Áreas Tratadas	Nº de Pacientes	%
1- 2- 3 -4	21	60,00
1- 2- 3	11	31,43
4	3	8,57
PACIENTES TOTALES	35	

Discusión

Cuando el paciente consulta solicitando un mejoramiento facial, a menudo nos muestra la requerida mejoría mediante la simple maniobra de tensar los tejidos de la mejilla con los dedos en el área mandi-

bular y/o malar en dirección vertical y no empleando los múltiples factores descritos en la literatura como causa del envejecimiento.

¿Podemos corresponder este requerimiento? Si. La posibilidad está en nuestras manos utilizando métodos de suspensión de los tejidos ptósicos mediante los vectores apropiados, conformando procedimientos antigraavitacionales.

La clave del éxito en estos casos es saber dónde tomar y anclar los puntos de sostén. El conocimiento de los ligamentos de retención de la mejilla es fundamental para que la tracción no se interrumpa por un punto fijo en el trayecto. La aponeurosis temporal profunda por encima de la arcada zigomática es un excelente sitio de anclaje, donde el punto queda sepultado profundamente. Es también posible suturar la aponeurosis temporal superficial sobre ellos, no



Fig. 7: Paciente de 65 años A-B-C: preoperatorio. D-E-F: postoperatorio a los 6 meses, con tratamiento de las áreas 1,2 y 3. G-H-I, postoperatorio a los 20 meses. J: ausencia de cicatrices visibles retroauriculares.

corriendo riesgo de exposición si el colgajo cutáneo o la sutura de piel sufrieran algún inconveniente.

Preferimos extender el abordaje retroauricular 1-2 cm como lo propone Baker (19) para colocar el punto necesario del área 4. Esto genera pliegues cutáneos que se aplanan 30 días después; de ser necesario, pasado este tiempo es posible un pequeño retoque sobre la zona. Cuando quisimos evitar este abordaje y aplicar estrictamente el M.A.C.S., hemos visto pliegues verticales que parten del lóbulo auricular a la zona submandibular. No realizamos smasectomía, pues creemos en el concepto de conservación volumétrica en las cirugías de rejuvenecimiento facial (20-21).

La utilización de material irreabsorbible es fundamental, pues si queremos un anclaje firme y estable, el elemento que lo ejecute debe ser confiable y perdurar en el tiempo. No podemos afirmar que en el futuro haya adherencias y fijaciones naturales de los tejidos movilizados en el nuevo lugar. La corrección dura lo que dura el punto de tracción. Confiamos esta responsabilidad al poliéster de dacrón trenzado 2-0 y 3-0 (Ethibond Excel ®) para todas las áreas salvo la 4, en la que usamos nylon monofilamento 4-0.

Conclusiones

En nuestra experiencia y en publicaciones de otras colegas, comprobamos que en muchos casos de tratamiento de los signos de envejecimiento facial es útil el empleo de suturas de tracción con vectores definidos para cada área. Estos puntos deben sortear en forma de puente los ligamentos de retención y deben ser anclados a superficies inextensibles como la aponeurosis temporal profunda o el periostio del reborde orbital.

Evaluaciones futuras darán cuenta de la durabilidad o estabilidad de los buenos resultados obtenidos hasta la fecha. Creemos que las valoraciones estadísticas no serán posibles, pues los casos tratados conforman una muestra heterogénea. Las comparaciones con los procedimientos clásicos generarán una discusión prolongada en el tiempo. Por el momento, con esta simple técnica, observamos en los pacientes un amplio grado de satisfacción que, en definitiva, es el objeto de nuestra actividad.

Dr. Omar Darío Ventura

Valentín Alsina 471, Adrogué-(1846)- Buenos Aires-Argentina

e-mail: oventura@intramed.net.ar

Bibliografía

1. **Gagliardi, E.:** "Ritidoplastia" Sesión interuniversitaria de la Sociedad de Cirugía Plástica de Buenos Aires. Asociación Medica Argentina, Buenos Aires, 2007
2. **Vázquez, G.:** "Facial Percutaneous Suspension". *Plast. Reconst. Surg.* 2005, 116: 656.
3. **Mogliani, M.:** "Tracciones localizadas en cara y cuello mínimamente invasivas". *Revista Argentina de Cirugía Plástica* 2004, Volúmen X, número 4.
4. **Saylan, Z.:** "The S-lift: Less is more". *Aesth. J.* 1999, 19: 406.
5. **Stocchero I.:** "Shortscar face-lift with the round block SMAS treatment: a younger face for all". *Aesth. Plast. Surg.*, 2007, 31:275.
6. **Tonnard, P., Verpaele, A., Monstrey S., Van Landuyt K., Bolndeel P., Hamdi M., Matton G.:** "Minimal access cranean suspension lift: a modified S-Lift" *Plast. Reconst. Surg.*, 2002,109: 2074.
7. **Mitz V., Peyronie M.:** "The superficial musculo-aponeurotic system (SMAS) in the parotid and cheek area". *Plast. Reconst. Surg.* 1976, 58: 80.
8. **Morales P.:** "Repeating rhytidoplasty with SMAS, malar fat pad, and labiomandibular fold treatment: the No primary procedure". *Aesth. Plast. Surg.* 2000, 24:364.
9. **Calderon W., Andrades P., Israel G., Cabello R., Leniz P.:** "SMAS graft of the nasolabial area during deep plane rhytidectomy". *Plast. Reconst. Surg.* 2004: 114: 559.
10. **Mendelson B.:** "SMAS fixation to the facial skeleton: rationale and results". *Plast. Reconst. Surg.*, 1997, 100: 1834.
11. **Furnas DW.:** "The retaining ligaments of the cheek". *Plast. Reconst. Surg.* 1989, 83: 11.
12. **Hamra S.:** "The Composite rhytidectomy" *Plast. Reconst. Surg.* 1992, 90: 1.
13. **Fuente del Campo A.:** "Midline platysma muscular overlap for neck restoration". *Plast. Reconst. Surg.* 1998, 102: 1710.
14. **Stuzin J., Baker T.J., Gordon H. and Baker T.M.:** "Extended SMAS dissection as an approach to midface rejuvenation" *Clin. Plast. Surg.* 1995, 22:295.
15. **Hamra S.:** "The triplane face lift dissection". *Plast. Reconst. Surg.* 1984, 12:268.
16. **Isse N.:** "Panel Discussion – The controversial contour threads" *Plast. Reconst Surg.* 2006, 118: 2.
17. **Zimman O.:** "Ritidoplastia con cicatrices cortas" Congreso Argentino de Cirugía Plástica. Rosario-Argentina, 2006.
18. **Mendelson B.:** "Surgery of the Superficial Musculoaponeurotic System: principles of release, vectors, and fixation". *Plast. Reconst. Surg.* 2001, 107: 1545.
19. **Baker D.:** "Minimal incision rhytidectomy (short scar face lift) with lateral SMAsectomy: evolution and application". *Aesth. Plast. Surg.* 2001, 21: 14.
20. **Herrera J.:** "Ritidoplastia" Sesión interuniversitaria de la Sociedad de Cirugía Plástica de Buenos Aires. Asociación Medica Argentina, Buenos Aires, 2007
21. **Little J.:** "Volumetric perceptions in midfacial aging with altered priorities for rejuvenation" *Plast. Reconst. Surg.* 2000, 105:252.

Comentario al trabajo «Ritidoplastia con cicatrices cortas: ligamentos de retención y vectores de corrección»

Dr. Ithamar Nogueira Stocchero. Jefe del Departamento de Cirugía Plástica del Hospital Santa Catarina, São Paulo, Brasil.

He leído con mucho agrado el trabajo del Dr. Ventura. Por el hecho de estar relacionado con las suspensiones en ritidoplastia desde los años 80, incluso sin conocer el trabajo de Furnas (1989) (1) sobre los ligamentos de retención de la cara, tuve serias restricciones a su aceptación al igual que el resto de cirujanos plásticos que estábamos encantados con los despegamientos amplios y las disecciones profundas.

Aún así, tenía la sensación de que debía cambiar de rumbo, buscar lo que mis pacientes deseaban: “Doctor, necesito regresar a mi trabajo; y con la misma cara”.

Si yo buscaba disminuir las cicatrices, hacer que no hubiera limitaciones al corte de cabello o al tipo de peinado, si ya trabajaba la cara con lipoaspiración en algunos casos, solo me faltaba descubrir cómo mantener el resultado de las suspensiones de las estructuras internas durante más tiempo. Y nació en 1990 lo que llamé “Criss-cross face sutures”, que consistía en una suspensión malar anclada a la fascia temporal, asociada a otra de platisma en su porción lateral, anclada a la región mastoidea.

Fue un buen principio para trabajar con suspensiones, pero tenía limitaciones en cuanto a los vectores de actuación: apenas eran dos. Comencé a comprender que los compartimentos de la cara eran independientes; la acción ejercida en un sector no se transmitía al otro; aunque se hiciese un despegamiento de la piel, que se deslizase de un área a otra, la acción sobre la profundidad se llevaría a cabo apenas en los compartimentos musculares correspondientes. La ganancia temporal obtenida con los despegamientos amplios me dejó de parecer tan interesante si la comparábamos con el incremento de los riesgos.

Con esta idea de los compartimentos me fue más fácil comprender los buenos resultados y los insuficientes (Fig.1, según mi punto de vista, muy cercano al del Dr. Ventura). El imaginar que la actuación sobre el área de los músculos elevadores pudiera transmitirse al área de los depresores o a la región risorio-maseterina, se me volvió imposible; menos aún el involucrar el platisma o el esternocleidomastoideo; sonaba inverosímil.

Este concepto nos dirigió desde 1995, cuando ideamos el “Round block SMAS treatment”. Pueden verse también las publicaciones de Duminy y Hudson (1997), Saylan (1999), nuestra primera publicación en 2001 tras 5 años de experiencia (2,3) y las de Tonnard y Verpaele (2002). Todas acreditan la eficacia del tratamiento con suspensión facial. Y fuimos todos valientes al trabajar en sentido contrario a la época, que cada vez más buscaba soluciones agresivas para el rejuvenecimiento facial.

El tiempo pasó y hoy, la suspensión como opción quirúrgica es una realidad mundial. Cada vez más cirujanos nos brindan sus trabajos y enfoques para validar esta manera de ejercer la cirugía, y cada vez más pacientes se interesan por el “menos es más”.

En su trabajo, el Dr. Ventura está muy satisfecho con su explicación sobre la actuación de la suspensión en las diferentes regiones faciales y su visión de la acción de los vectores resultantes de estas interferencias. Discurre con maestría sobre la anatomía relacionada y la acción de los puentes de transferencia de tracción entre las diferen-



Fig. 1

tes zonas de la cara, a la vez que demuestra su conocimiento sobre la esencia del interés de aquellos que buscan este tipo de resultado, casi sin traumatismo.

Aunque cada uno se basa en su realidad (para mí, una distribución de la tensión elevatoria a través de una sutura circular continua, que respeta las características individuales, creando una redistribución de fuerzas con conducta dinámica), la verdadera respuesta se da por el aumento de solicitud de este tipo de cirugía por parte de los pacientes. La ley del mercado es soberana.

Lo que resulta definitivo es que las técnicas de suspensión facial vinieron para quedarse. Tienen su público. Ofrecen una recuperación indudablemente más rápida, permiten tolerancia a hábitos como el tabaquismo y una vuelta temprana al ejercicio; ciertas patologías que impedirían un *lifting* tradicional, más agresivo, no son tampoco limitación para estas técnicas. Es más, amplían el mercado de trabajo, atrayendo a personas más jóvenes, además de a aquellas que vuelven a buscar una nueva intervención por no haber sufrido tanto en su primer estiramiento facial. Acortan también el intervalo entre operaciones.

Como dice Pitiguilli en su genial obra Luz y sombra: “la verdad es como una plaza; cada uno la ve desde su ventana”.

Mis sinceros elogios al Dr. Ventura y a sus colaboradores.

Bibliografía

1. Furnas DW.: “The retaining ligaments of the cheek”. *Plast. Reconstr. Surg.* 1989, 83: 11
2. Stocchero IN.: “The Roundblock SMAS treatment”. *Plast. Reconstr. Surg.* 2001, 107 (7): 1921.
3. Stocchero IN.: “Short scar face-lift with the Roundblock SMAS treatment: a younger face for all”. *Aesth. Plast. Surg.*, 2007, 31(3): 275.

Comentário sobre o trabalho «Ritidoplastias con cicatrices cortas: ligamentos de retención y vectores de corrección»

Dr. Ithamar Nogueira Stocchero. Chefe do Departamento de Cirurgia Plástica do Hospital Santa Catarina, São Paulo, Brasil.

Foi com muito prazer que li o trabalho do Dr. Ventura. Por estar envolvido com suspensões em ritidoplastias desde os anos 80, ainda sem conhecer o trabalho de Furnas (1989) sobre os ligamentos de retenção da face, tive minhas idéias bastante restringidas em sua aceitação junto ao círculo de cirurgiões plásticos que, assim como eu também estivera, encontravam-se encantados com a amplitude dos descolamentos e com as disseções profundas.

Ainda assim, tinha a sensação de que deveria mudar o rumo, buscar o que meus pacientes desejavam: *“Doutor, preciso voltar logo ao meu trabalho; e com a minha cara!”*.

Se eu já buscava diminuir as cicatrizes, fazer com que não houvesse restrições ao corte de cabelo, tipo de penteado; se já trabalhava apenas com lipoaspiração da face em vários casos, só me faltava descobrir como manter o resultado das suspensões das estruturas internas por mais tempo. E nasceu, em 1990, o que chamei de *“Cris-cross face sutures”*, consistindo de uma suspensão malar ancorada na fascia temporalis, associada a uma outra, do platisma em sua porção lateral, fixada à região mastóidea.

Foi um bom princípio para trabalhar com suspensão, mas tinha limitações quanto aos vetores de atuação: eram apenas dois. Comecei a compreender que os compartimentos da face eram independentes; a ação exercida em um setor não se transmitia ao outro; ainda que se fizesse um descolamento da pele, que se deslizasse a mesma de uma área a outra, a ação sobre a profundidade se daria apenas nos compartimentos de ação muscular pertinente. O ganho temporário obtido com os descolamentos ampliados deixou de me parecer tão interessante, quando comparado ao incremento dos riscos.

Com esta idéia de compartimentos estabelecida, ficou mais fácil compreender os bons resultados, assim como os insuficientes. Imaginar que a atuação sobre a área dos músculos elevadores pudesse ser transmitida à área dos depressores, ou à região risório-masseteriana, tornou-se impossível; menos ainda à que envolve o platisma e o esternocleidomastóideo; soava inverossímil.

E tal conceito nos norteou desde 1995, quando idealizamos o RoundBlock SMAS Treatment. Vieram as publicações de Duminy and Hudson (1997); Saylan (1999); nossa primeira publicação, após

cinco anos de experiência (2001); Tonnard e Verpaele (2002). Todos acreditando na eficiência do tratamento com suspensão da face. E fomos todos valentes ao trabalhar em sentido contrário ao da época, que mais e mais buscava soluções agressivas para o rejuvenescimento facial.

O tempo passou e hoje a suspensão como opção cirúrgica é uma realidade mundial. Cada vez mais cirurgiões nos brindam com seus trabalhos e enfoques para validar esta maneira de exercer a cirurgia, e cada vez mais pacientes se interessam *pele menos que é mais!*

Neste trabalho do Dr. Ventura está muito feliz a explicação sobre a atuação da suspensão nas diferentes regiões da face e sua visão de ação dos vetores resultantes destas interferências. Discorre com maestria sobre a anatomia envolvida, a ação das pontes de transferência de tração entre as diferentes zonas da face, e demonstra conhecimento sobre a essência dos interesses dos que buscam este tipo de resultado, quase sem traumas.

Ainda que cada um sinta a sua realidade (para mim, a distribuição da tensão elevatória de uma sutura circular contínua, que vai respeitar as características individuais, fazendo com que haja um rearranjo de forças com esta conduta dinâmica), a verdadeira resposta se dá no aumento de procura por parte de seus pacientes. A Lei do Mercado é soberana.

O que é definitivo é que as técnicas de suspensão da face vieram para ficar. Têm seu público, têm seu alvo. Oferecem uma recuperação inegavelmente mais rápida, permitem tolerância com hábitos como o tabagismo, permitem uma volta precoce aos exercícios; certas doenças que impediriam um lift tradicional, mais agressivo, não são limitantes para tais técnicas. E mais, ampliam o mercado de trabalho trazendo pessoas mais jovens, além das que voltam a buscar uma nova cirurgia por não terem sofrido tanto em seu primeiro lift facial. Encurtam o intervalo entre re-operações.

Como disse Pitigrilli em sua genial obra *“Luz e Sombra”*: *A verdade é como uma praça; cada um a vê de sua janela!*

Meus sinceros cumprimentos ao Dr. Ventura e seus colaboradores.

Respuesta al comentario del Dr. Ithamar Nogueira Stocchero

Dr. O. D. Ventura

En primer lugar quiero agradecer al Comité Científico de la Revista por el honor que nos conceden al designar al Dr. Stocchero para comentar nuestro trabajo. En sus consideraciones nos ayuda a reafirmar ideas importantes en un tema de actual debate, que Ithamar recorre desde hace más de 20 años. Son conceptos y principios

técnicos no compartidos por todos nuestros colegas, pero al final quizás todos tengamos algo de razón. Usando una cita de Bryan Mendelson (PRS 2000) de Marvin Minsky: *“Si usted entiende algo de una sola forma, entonces realmente no lo entendió del todo”*.

Muchas gracias Dr. Stocchero por su comentario.