

Ritidoplastia compuesta biplanar con restauración de volúmenes

Biplanar compound rhytidectomy with volume restoration



Vallarta Rodríguez, R.A.

Vallarta-Rodríguez, R.A.* , Ruiz-Treviño, J.J.** , Guerrero, F.*** , Ferrero, E.**** , Vélez, B.E. *****

Resumen

Las técnicas actuales de rejuvenecimiento facial son producto de años de refinamiento técnico y la máxima expresión de la destreza del cirujano plástico moderno. El rejuvenecimiento del tercio medio facial ha retomado interés recientemente dado que permite reposicionar en bloque los tejidos de la región malar a su posición juvenil original. Como efecto agregado, atenúa el surco nasogeniano por tracción tisular secundaria. Para lograr este efecto se han descrito múltiples abordajes, planos de disección y métodos de fijación tisular.

Las más recientes tendencias quirúrgicas han cambiado el objetivo de la ritidoplastia clásica de ser un procedimiento ablativo, al reposicionamiento volumétrico sin tensión. Este cambio de paradigma permite renovar la arquitectura facial propia del paciente, brindando un resultado más natural, más duradero y con menos complicaciones.

Nuestro objetivo es presentar una alternativa quirúrgica para la ritidoplastia manipulando independientemente los vectores tisulares, y permitiendo el restablecimiento volumétrico tridimensional de la región malar. Esto brinda un resultado natural, juvenil y duradero sin el efecto de cara contra el viento que otras técnicas de ritidoplastia ofrecen. Nos permite además tratar la región frontal y cervical en el mismo procedimiento quirúrgico, contribuyendo a un rejuvenecimiento facial integral.

Palabras clave Ritidoplastia, Ritidectomía, Rejuvenecimiento facial, Ritidoplastia biplanar, Reposición volumétrica facial.

Nivel de evidencia científica 5

Abstract

Current techniques for facial rejuvenation are the result of technical refinements after decades of good and bad results. Rejuvenation of the middle third of the face has recently regained interest due to the fact that it permits in-bloc repositioning of the ptotic malar tissues to its youthful state. An added advantage is nasogenian sulcus attenuation secondary to the vertical lift. To obtain this result there are multiple surgical techniques described.

The latest surgical trends have shifted the main objective in classic rhytidoplasty from an ablative procedure to volumetric repositioning without tension. This paradigm shift renews the patient's own facial architecture giving them a more natural and pleasant result with decreased morbidity.

We share a surgical option that offers a natural and harmonic facial rejuvenation by manipulating individual tissular vectors in order to reestablishing volumes three-dimensional in the malar region and lateral face. This permits us to obtain a more youthful and long-lasting result without the undesired face against the wind effect that produce other rhytidoplasty techniques. Additionally it treats the frontal and cervical regions in the same procedure contributing to a complete facial rejuvenation.

Key words Rhytidoplasmy, Rhytidectomy, Facial rejuvenation, Biplanar rhytidoplasty, Volumetric facial replacement.

Level of evidence 5

* Cirujano Plástico, Estético y Reconstructivo, Profesor Adscrito al Curso de Postgrado en Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva del Hospital Central de Alta Especialidad de PEMEX, México DF, México.

** Residente de Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva del Hospital Central de Alta Especialidad de PEMEX. Cirujano General y Laparoscopia Avanzada, México DF, México.

*** Cirujano Plástico, Estético y Reconstructivo, Jefe de División Quirúrgica del Centro Nacional de Investigación y Atención al Quemado (CENAQ), Instituto Nacional de Rehabilitación, México DF, México.

**** Cirujano Plástico Estético y Reconstructivo, Hospital "Ángeles del Pedregal", México D.F., México.

***** Residente de Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva, Hospital "Rubén Leñero" SSDF, México DF, México.

Introducción

El envejecimiento facial es un proceso dinámico, resultado de una combinación de cambios en los tejidos blandos y en el marco óseo facial (1). Los conceptos tradicionales de envejecimiento giran en torno a los cambios que ocurren por la laxitud de los tejidos blandos, exacerbados por la gravedad (2, 3). En años recientes se ha demostrado que muchos de los cambios cutáneos en la estructura facial son secundarios a atrofia variable del tejido celular subcutáneo, la aparición de rítidés por la dinámica de los músculos faciales y la herencia, exacerbados por el fotodaño por la radiación ultravioleta y el tabaquismo (4, 5).

Aunque históricamente la ritidoplastia fue ideada como un proceso ablativo para eliminar el excedente cutáneo facial, conforme se empezó a comprender la dinámica tisular y los cambios propios del envejecimiento, se empezaron a proponer técnicas enfocadas en el reposicionamiento de los tejidos ptósicos a lo largo de su eje natural (6, 7). Hamra hizo énfasis en utilizar el plano subperióstico facial para elevar los tejidos blandos del tercio medio, consiguiendo atenuar el surco nasogeniano. La variante transtemporal extendida fue descrita por Anderson para estos mismos propósitos (8). Con este concepto ambos autores proponían un procedimiento de mayor duración, en comparación con las ritidoplastias subcutáneas que se realizaban hasta el momento.

La ritidoplastia fusiona dos conceptos clave en el rejuvenecimiento facial: el reposicionamiento de los tejidos a su situación original manipulando vectores naturales, y la restitución de volumen, siendo en ocasiones necesarios injertos adiposos para reemplazar el volumen perdido (9).

La seguridad de la ritidoplastia radica en identificar el trayecto del nervio facial y de sus ramas al realizar la disección. El plano subcutáneo y el subperióstico evitan la necesidad de manipular directamente el plano donde se encuentra inmerso el nervio facial y sus ramas, además de evitar violar los ligamentos faciales de sostén (10).

A través de una disección subperióstica completa y extendiéndola sobre el arco cigomático y los maseteros, se amplía la movilización de la fascia masetérica conectándola al plano de disección subperióstico. Los efectos inmediatos son: elevación de los tejidos de la zona malar a su posición original, mejoría del aspecto cadavérico de la órbita, y atenuación del surco nasolabial. Este abordaje se puede complementar con una incisión vestibular para acceder directamente a la zona profunda del surco nasogeniano y la bolsa malar, que nos permite agregar una sutura de suspensión a la fascia temporal profunda (8, 11).

Este plano de abordaje en la técnica endoscópica permite una extensa disección subperióstica del tejido blando facial a través de mínimas incisiones para el rejuvenecimiento del tercio medio facial. Después de la disección subperióstica, los tejidos blandos de la mejilla, la mandíbula, el canto lateral y el borde orbitario inferior, se pueden repositionar a su situación original en el

esqueleto subyacente, otorgando al rostro una apariencia juvenil (12, 13).

William Little describió la imbricación malar para el rejuvenecimiento medio facial como una técnica sencilla, segura y esculturalmente efectiva. Está basada en dos principios: la suspensión profunda subperióstica y la plitatura superficial subcutánea. Esto permite el reposicionamiento de los tejidos blandos en el tercio medio de la cara, en comparación con el tercio inferior relativamente vacío, logrando así una apariencia joven (14).

El desarrollo de nuevos abordajes y el refinamiento de las técnicas ya establecidas de ritidoplastia, se ha traducido en mejores resultados quirúrgicos (15,16). El principal cambio ha sido hacer énfasis en reponer el volumen perdido (9). Las indicaciones para trabajar el SMAS (Sistema Musculoaponeurótico Superficial) basadas en el análisis facial, están bien establecidas y brindan buenos resultados (17).

Material y método

Descripción de la técnica quirúrgica

Iniciamos marcando el punto de mayor proyección malar en la intersección de las líneas trazadas desde la base alar hacia el trago ipsilateral, y del canto lateral a la comisura oral ipsilateral. El marcaje continúa con el vector de tracción a partir de este punto, en sentido pósterocéfálico y dirigido hacia la región temporal. Marcamos las incisiones temporales 3 cm por detrás de la línea de implantación capilar, la incisión periauricular, e identificamos el borde malar como referencia (Fig. 1 y 2).

Realizamos el procedimiento bajo anestesia local más sedación profunda en todos los casos. Infiltramos las regiones malar, frontal, y temporal, además de las incisiones periauriculares y la región cervical, con una solución preparada a base de 400 mg de lidocaína + 250 cc de solución fisiológica + epinefrina 1.500.000. Efectuamos asepsia y antisepsia de la piel cabelluda, del cabello, la cara, el cuello y de la cavidad oral con yodopovidona.

Tras 15 minutos de latencia, efectuamos las incisiones temporales de 2,5-3 cm de longitud, incidiendo hasta la fascia temporal profunda, para continuar en sentido antero-caudal comunicando con el plano subperióstico de la región frontal, donde tunelizamos respetando la salida de los nervios supraorbitarios y supratrocleares. Liberamos los tejidos superficiales del cigoma a través de esta incisión (Fig. 3). Procedemos con una incisión hemivestibular superior hasta el periostio, disecando el pilar lateral hasta comunicar con el espacio previamente creado en el cuerpo del cigoma (Fig. 4). Esto nos permite incorporar un punto de suspensión de Monocryl® (poliglecaprona 25) de calibre 4-0, desde el abordaje temporal hasta la incisión vestibular superior (Fig. 5). Anclamos el tejido blando a nivel del punto de mayor proyección marcado previamente (Fig. 6) y extraemos la aguja por la incisión temporal donde fijamos a la fascia temporal profunda, verificando siempre que el vector de tracción y el repo-



Fig. 1 y 2. Marcaje preoperatorio: límite inferior del hueso malar (no del tejido blando) y línea vertical que lo une con el canto externo en 90°. Para ocultar la incisión intrapilosa, se traza una línea oblicua desde la vertical hacia la región temporal, justo sobre el arco cigomático, y una segunda línea paralela que parte de la cola de la ceja (a nivel del canto externo): dicha incisión irá entre ambas líneas, a unos 3 cm del borde capilar.



Fig. 3. Incisión temporal intracapilar hasta fascia temporal profunda, evitando el uso de electrocauterio que puede dejar zonas de alopecia. Se profundiza con desperiostizador de Gillies hasta el plano subperióstico, a nivel del arco cigomático.

Fig. 4. Incisión vestibular limitada para disecar sobre el pilar lateral y comunicar con el túnel temporal.

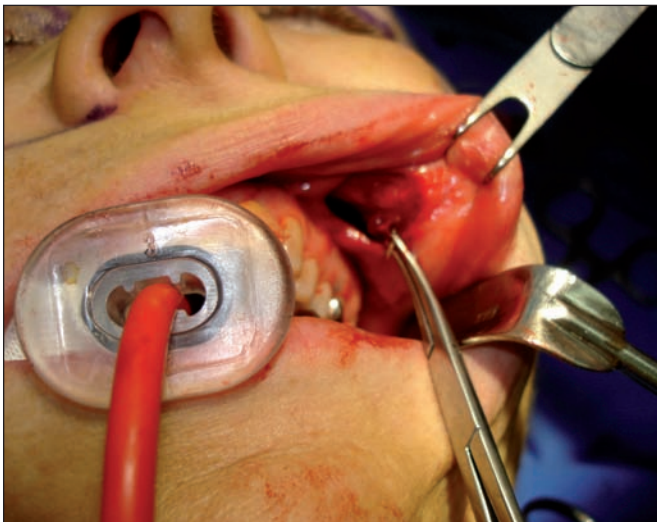


Fig. 5 y 6. Marcaje del punto de mayor proyección malar con aguja pintada con azul de metileno, dentro del túnel subperióstico para tatuaje interno. Este punto suele corresponderse con la intersección de las líneas previamente marcadas, pero puede estar de 5 a 12 mm medial. Se introduce sutura de Mocoeryl 4-0 a través de la incisión temporal hasta llegar al punto de suspensión (punto tatuado) dentro del túnel subperióstico.

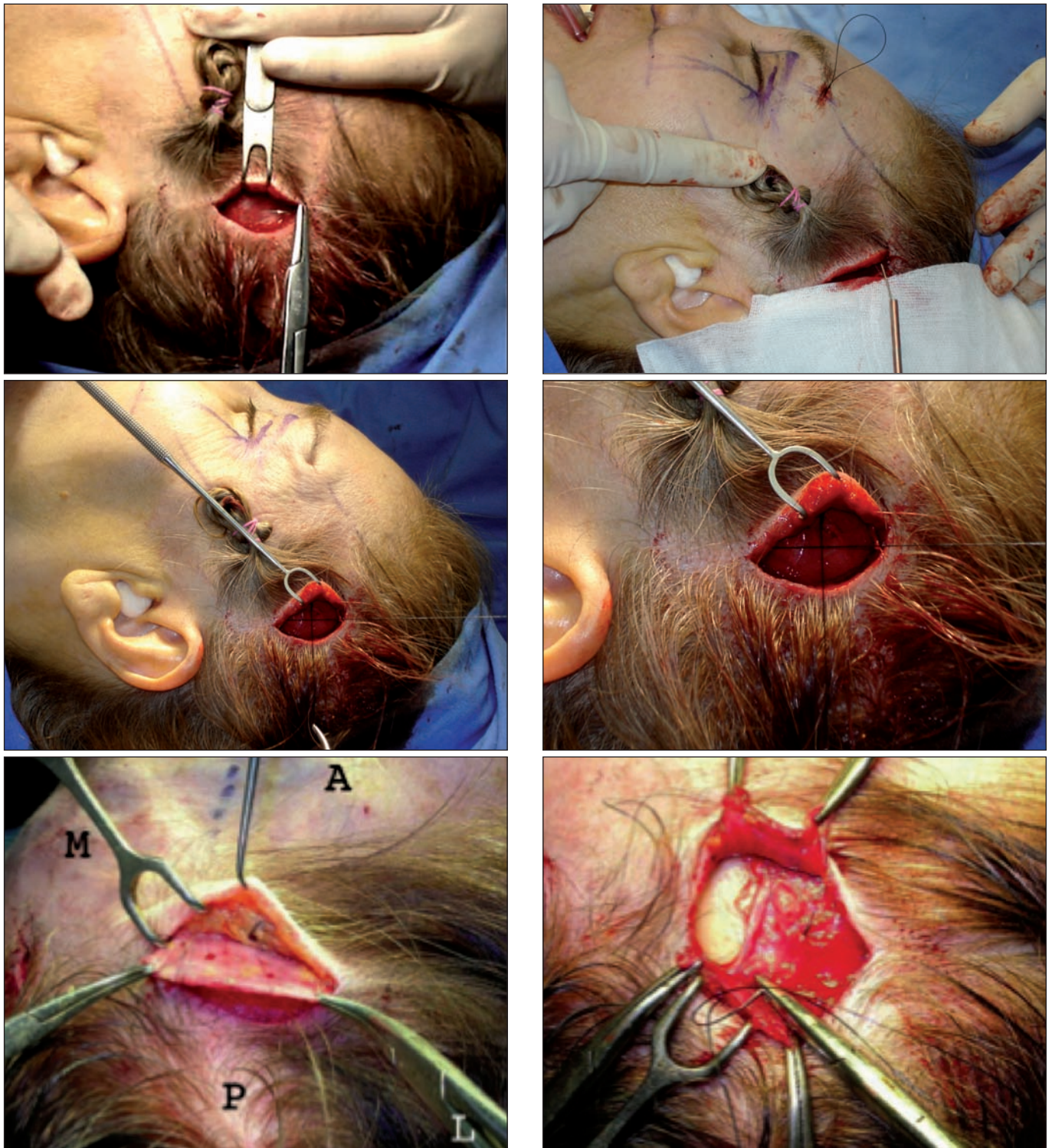


Fig. 7 - 11. Anclaje del tejido blando, incluyendo el periostio, en el punto de mayor proyección y extracción a través de la incisión temporal, donde se ancla a la fascia temporal profunda con el vector de tracción deseado por el cirujano. Nunca se reseca piel cabelluda y la tensión se limita a los tejidos profundos para proporcionar resultados más duraderos.

sicionamiento de volumen tisular sean los deseados por el cirujano (Fig. 7-10). Este vector puede modificarse durante el procedimiento en función del reposicionamiento necesario.

Cerramos la incisión vestibular superior y procedemos al cambio de guantes del equipo quirúrgico para pasar ya a reseca la piel cabelluda perincisional en la región temporal. Suspendemos la fascia temporal superficial sobre la fascia profunda utilizando como referencia

la posición deseada de la cola de la ceja, de acuerdo al sexo del paciente, y cerramos (Fig. 11).

Continuamos con una incisión horizontal colocada 1 cm por debajo del pliegue submentoniano y disecamos en el plano subcutáneo hasta los cartílagos laríngeos. Esto nos permite realizar la lipectomía del cojinete adiposo preplatismal y retroplatismal. Complementamos este paso con miotomías locales cuando el caso lo requiere. Realizamos hemostasia minuciosa y dejamos abierto para

permitir la comunicación de las disecciones posteriores.

Seguimos con el abordaje preauricular en el plano supra-SMAS, según nuestro marcaje, y efectuamos una plicatura en forma de 7 invertido del SMAS utilizando Monocryl® 4-0.

Pasamos entonces a la incisión hacia la región retroauricular, que extendemos hacia la piel cabelluda occipital, traccionando del músculo platisma en un vector póstero-cefálico paralelo al cuerpo de la mandíbula, y ejerciendo la tensión necesaria para definir el borde mandibular. Imbricamos el platisma con Monocryl® 4-0. Colocamos drenajes cerrados de 1/8" dirigidos al espacio submental y al preauricular. Resecamos el excedente cutáneo periauricular y cerramos las incisiones por planos con Monocryl® 4-0 y 5-0.

En el postoperatorio, colocamos frío intermitente durante las primeras 72 horas y un vendaje compresivo, y

administramos profilaxis antimicrobiana vía oral (clindamicina 300mg + cefalexina 500mg, ambos cada 8 horas durante 5 días) y antiinflamatorios no esteroideos. Cuando realizamos la intervención a una hora temprana por la mañana, no dejamos hospitalizados a los pacientes, sino que permanecen en observación en la sala de recuperación de corta estancia y son dados de alta por la tarde. Cuando iniciamos la cirugía por la tarde, en pacientes seleccionados por comorbilidades, y en el caso particular de que durante la intervención el paciente haya presentado sangrado importante o descontrol de su presión arterial, decidimos hospitalizarlos una noche para vigilancia.

Los drenajes se mantienen hasta que el gasto sea mínimo (menor de 5cc en 24 horas), lo que suele suceder alrededor del tercer día de postoperatorio. Los puntos se deben retirar al cabo de 4-7 días en las regiones pre y retroauricular, y a los 10-14 días en la piel cabelluda.



Fig. 13. Mujer de 48 años de edad. Pre y postoperatorio a los 4 años: apariencia juvenil del tercio medio facial con volumen malar adecuado, del tercio superior, además de una transición sutil de la piel del cuello, sin alteración de la implantación capilar, con lóbulo auricular en posición natural. En el mismo acto quirúrgico se asoció blefaroplastia superior y tratamiento de las bolsas grasas inferiores con abordaje transconjuntival. Rinoplastia en un tiempo quirúrgico adicional.



Fig. 14. Mujer de 66 años de edad. Pre y postoperatorias a los 3 años: disminución franca de los surcos nasoyugales, nasogenianos, y de los *jowls*, que se aprecia mejor en la vista lateral. Corrección del tercio medio, superior e inferior, sin desplazamiento de la línea capilar ni alteración del trago y del lóbulo auricular. Cicatriz de blefaroplastia superior izquierda eritematosa y ancha, sin embargo, esta condición no se da en la ritidoplastia ya que nuestra técnica distribuye la tensión en los planos profundos y no en la piel.

Los pacientes deben continuar usando una prenda compresiva cervico-facial durante 28 días, de manera que durante las primeras 2 semanas la llevarán puesta durante las 24 horas, retirándola sólo para el baño, y a partir de la tercera semana la utilizarán sólo por la noche y el tiempo que estén en casa.

Como media general los pacientes se pueden reincorporar a sus actividades cotidianas, ya sin edema, alrededor del día 28 de postoperatorio. Toda actividad deportiva de alto impacto debe posponerse hasta cumplidos los 2 meses de la intervención (Fig. 13-15).

Discusión

El volumen de la zona centrofacial es el elemento más importante que otorga un aspecto de juventud o de vejez a la cara. Esta zona es una de las más afectadas por el proceso normal del envejecimiento, por un descenso pro-

gresivo de los tejidos blandos que se acompaña de una pérdida de volumen variable. Estos cambios se traducen en ptosis de las cejas, demarcación del borde orbitario a expensas de hipotrofia adiposa, y descenso de los tejidos periorbitarios, ptosis de las estructuras del cuello y de los tejidos de la zona malar, exacerbando los surcos naso-labiales (1-4).

Tradicionalmente, las técnicas de ritidoplastia se han enfocado a la ablación del tejido excedente y a la reorientación tisular mediante vectores oblicuos laterales en la cara y el cuello. La mayoría de las técnicas manipulan la piel y el tejido subcutáneo, el SMAS, o toda la masa tisular facial, a través de un abordaje subperióstico en la dirección de estos vectores oblicuos laterales. Dichos vectores no se encuentran en la naturaleza humana y reorientan el tejido facial, por lo que el resultado que ofrecen es el de un aspecto quirúrgico evidente. Ninguna de estas técnicas ha demostrado ser estadísticamente supe-



Fig. 15. Mujer de 61 años de edad. Pre y postoperatorio a los 6 años: disminución persistente de los surcos nasoyugales, nasogenianos, y transición sutil del borde mandibular, con disminución de los *jowls*. Volumen adecuado de la región malar y disminución considerable de la ritidosis del cuello. La vista superior brinda información adicional sobre el mantenimiento de volumen en el tercio medio, con enfoque en la región malar.

rrior a otras, y aún continua en disputa si la disección subperióstica evita una lesión del nervio facial (9, 10, 17).

El abordaje, plano de disección y el tejido manipulado, varían según la preferencia y experiencia del cirujano. Sin embargo, un aspecto natural, juvenil, y bello depende del reposicionamiento armónico de volumen y no de una reorientación del tejido. Este efecto únicamente se consigue cuando se trabaja el tercio medio facial por separado, en un vector natural vertical, y el tercio lateral en un vector oblicuo natural lateral, independientemente del plano de disección que se utilice (Fig. 16).

La técnica que describimos en este artículo está enfocada a reposicionar volúmenes y no a reorientar los tejidos faciales. Varía de la técnica subperióstica tradicional, pues reposiciona verticalmente los tejidos malares y los tejidos faciales laterales y cervicales con plicaturas oblicuas, respetando la biomecánica natural de la cara.

Los partidarios de la técnica subperióstica pura consi-

deran que al realizar la suspensión malar profunda, no es necesario manipular el SMAS. Sin embargo, en nuestra experiencia, observamos que al suspender los tejidos de la zona malar sin manipular independientemente los tejidos faciales laterales, estos últimos sufren una modificación en su eje natural que exacerba algunas de las deformidades características del envejecimiento en el cuello y el mentón.

La técnica que presentamos requiere una curva de aprendizaje ligeramente mayor que las técnicas que involucran únicamente tejidos más superficiales, como la ritidoplastia subcutánea y de SMAS. Sin embargo, una vez familiarizados con ella, el tiempo quirúrgico oscila entre 4 y 5 horas y las complicaciones son mínimas cuando se realiza una adecuada selección del paciente.

Nuestra experiencia con la técnica descrita se remonta al año 2000, y la hemos aplicado en 423 casos hasta noviembre del 2015, con resultados naturales y duraderos.

El resultado final depende de un adecuado análisis fa-

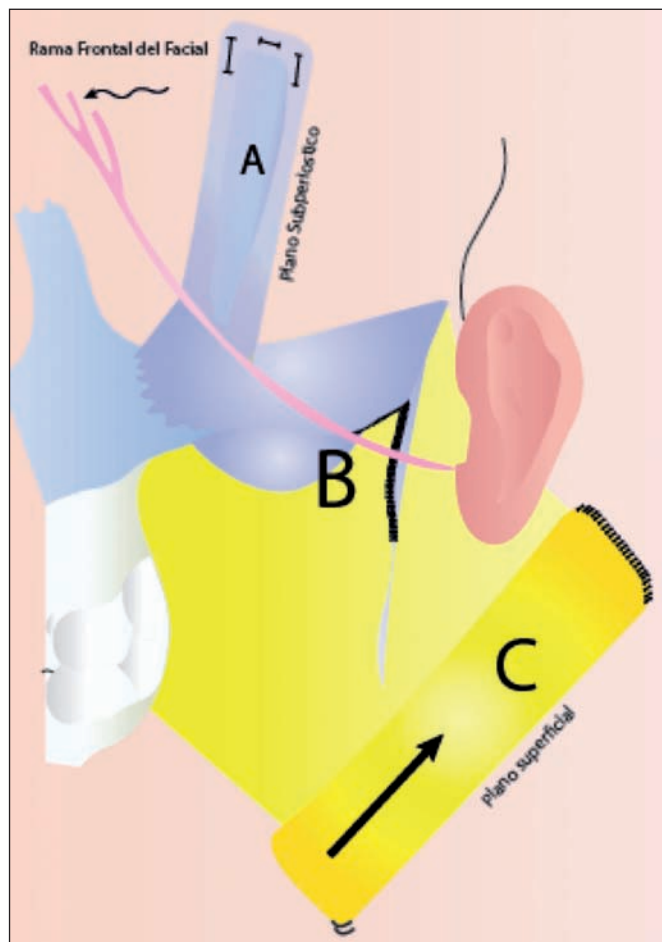


Fig. 16. Vector vertical dado por el tirante de fascia temporal (A), SMAS (B), plano superficial subcutáneo (C). Cuando se abordan estos tres planos, individualizando vectores, se logra un resultado más natural y duradero.

cial preoperatorio, considerando el marco óseo y los tejidos blandos de una forma dinámica (18). Ayuda el hecho de ver fotografías del paciente durante su juventud, con ellas podemos complementar nuestro análisis y realizar una planificación quirúrgica más certera, incrementando las posibilidades de éxito de nuestra cirugía (19).

Consideremos también que muchos pacientes requieren una combinación de técnicas quirúrgicas y de complementos no quirúrgicos para optimizar el resultado final.

Conclusiones

No existe la ritidoplastia ideal, y los procedimientos deben individualizarse según cada paciente. Lo que debemos conseguir al realizar una cirugía de rejuvenecimiento facial es llevar los tejidos del tercio medio facial a su posición original. El volumen en la región malar caracteriza a las personas jóvenes y da a nuestros pacientes un aspecto natural y juvenil, a diferencia de muchas técnicas ablativas de antaño que les dejan con un aspecto de cara contra el viento. Optimizando la disección por planos independientes podemos manipular los vectores para restituir volumen en la región central, al mismo tiempo que reposicionamos oblicuamente el SMAS, consiguiendo así un tratamiento tridimensional que se traduce

en un aspecto armonioso, natural, juvenil y duradero para nuestros pacientes.

Es responsabilidad del cirujano entender la dinámica de los tejidos faciales, conocer todas las opciones terapéuticas disponibles y saberlas emplear en cada caso para maximizar el resultado final.

Dirección del autor

Dr. Alfonso Vallarta
 Puente de Piedra 150 - 419T2
 Código Postal: 14050
 Distrito Federal, México
 Correo electrónico: vallartar@prodigy.net.mx

Bibliografía

1. **Stuzin J.:** Restoring Facial Shape in Face Lifting: The Role of Skeletal Support in Facial Analysis and Midface Soft-Tissue Repositioning. *Plast Reconstr Surg.* 2007; 119: 362-376.
2. **Mendelson B., Wong Chin-Ho:** Changes in the Facial Skeleton With Aging: Implications and Clinical Applications in Facial Rejuvenation. *Aesth. Plast Surg.* 2012; 36: 753-760.
3. **Hoening JF, Knutti D, de la Fuente A.:** Vertical Subperiosteal Mid-face-lift for Treatment of Malar Festoons. *Aesth. Plast Surg.* 2011; 35: 522-529.
4. **Zufferey JA.:** Is the malaris muscle the anti-aging missing link of the midface? *Eur J Plast Surg.* 2013; 36: 345-352.
5. **Claude LL, Didier B.:** Structural Aging: The Facial Recurve Concept. *Aesth. Plast Surg* 2007; 31: 213-218.
6. **Malcolm PD.:** The Evolution of the Midface Lift in Aesthetic Plastic Surgery. *Plast Reconstr Surg* 2006; 117: 1809-1827.
7. **Graf R, Groth AK, Pace D, Neto LG.:** Facial rejuvenation with SMASectomy and FAME using vertical vectors. *Aesth. Plast Surg.* 2008; 32: 585-592.
8. **Jacono AA, Stong BC.:** Anatomic comparison of the deep-plane face-lift and the transtemporal midface-lift. *Arch Facial Plast Surg* 2010; 12: 339-341.
9. **Rohrich RJ, Ghavami A, Constantine FC, Unger J, Mojallal A.:** Lift and Fill Facelift: Integrating the Fat Compartments. *Plast Reconstr Surg.* 2014; 133(6): 756-767.
10. **Little JW.:** Volumetric perceptions in midfacial aging with altered priorities for rejuvenation. *Plast Reconstr Surg* 2000; 105: 252-266.
11. **Friel MT, Shaw RE, Trovato MJ, Owsley JQ.:** The Measure of Face-Lift Patient Satisfaction: The Owsley Facelift Satisfaction Survey with a Long-Term Follow-Up Study. *Plast Reconstr Surg* 2010; 126: 245-257.
12. **Patrocínio LG, Patrocínio TG, Patrocínio JA.:** Subperiosteal midface-lift. *Facial Plast Surg.* 2013; 29: 206-213.
13. **Saltz R, Ohana B.:** Thirteen years of experience with the endoscopic midface lift *Aesthet Surg J.* 2012; 32: 927-936.
14. **Little W.:** Three-Dimensional Rejuvenation of the Midface: Volumetric Resculpture by Malar Imbrication. *Plast Reconstr Surg.* 2000; 105: 26-285.

15. **Baker SR.:** Deep plane rhytidectomy and variations. *Facial Plast Surg Clin North Am.* 2009; 17: 557-573.
16. **Mejia JD, Nahai FR, Momoh AO.:** Isolated management of the aging neck. *Semin Plast Surg.* 2009; 23: 264-273.
17. **Rohrich RJ, Ghavami A, Lemmon JA, Brown SA.:** The individualized component facelift: Developing a systematic approach to facial rejuvenation. *Plast Reconstr Surg.* 2008; 1050-1063.
18. **Jacono AA, Ransom ER.:** Anatomic predictors of unsatisfactory outcomes in surgical rejuvenation of the mid-face. *JAMA Facial Plast Surg* 2013; 15: 101-109.
19. **Ashish VD.:** Unfavourable results in facial rejuvenation surgery: How to avoid them. *Indian J Plast Surg.* 2013; 46: 359-364.

Comentario al artículo "Ritidoplastia compuesta biplanar con restauración de volúmenes"

Dr. Omar Darío Ventura

Cirujano Plástico. Práctica privada, Buenos Aires, Argentina. Presidente de la Sociedad de Buenos Aires de Cirugía Plástica 2013. Miembro del Consejo Académico de la Carrera de Cirugía Plástica de la Universidad Católica Argentina

Es un honor comentar el trabajo del Dr. Alfonso Vallarta Rodríguez y col., al cual conozco por sus presentaciones y admiro por su virtuosidad científica, modestia y didáctica. La introducción del artículo es una síntesis excelente del tema a desarrollar. Los autores plantean el uso de una técnica biplanar con restauración de volúmenes.

Hemos vivido en los últimos 25 años una enorme descripción de métodos quirúrgicos de rejuvenecimiento facial. Algunos se han mantenido con sustanciales modificaciones, y otros simplemente fueron descartados. En mi opinión, todos se han desarrollado gracias a la comprensión de los procesos fisiológicos que gobiernan la dinámica de las estructuras faciales.

Los cirujanos pueden diferir en el punto de vista de las técnicas a utilizar, aun obteniendo la mayoría buenos resultados. Pero existe una coincidencia generalizada de los procesos del envejecimiento que dan origen a los cambios anatómicos. En este fenómeno se involucran: las alteraciones cutáneas, la reabsorción ósea, la atrofia grasa y la relajación de los septos ligamentosos que fijan las partes blandas al esqueleto facial. Debemos agregar que la ptosis de estos tejidos se debe a las alteraciones descritas, sometidas a la acción de la gravedad; aunque esta última no es la causante del deterioro.

En la técnica biplanar que Vallarta y col. exponen, se comprende su efectividad por un razonamiento simple: el tercio medio facial está compuesto por varias capas de tejidos blandos que conforman el volumen, que se relaja y se cae con el envejecimiento. Siguiendo las observaciones de la Dra. Vera Lucía Cardín (1), la tracción de una sola de estas capas genera un efecto opuesto en la capa supra o subyacente. Este es un principio fácil de comprobar (Fig. 1). Si insistimos en la tracción de una sola capa, por ejemplo de la profunda, con el objetivo de movilizar la capa superficial, el desplazamiento cefálico de esa capa profunda deberá ser tan amplio como para compensar primero el efecto opuesto inicial, y luego arrastrar la estructura superficial. Es difícil cumplir satisfactoriamente este cometido. Por lo tanto, se necesita una tracción adicional de la capa superficial a través de un abordaje preauricular, tal y como proponen los autores.

Existen vectores de relajación (ptosis) facial, y para su corrección se deben aplicar vectores de suspensión que serán opuestos a los anteriores. Como plantea el artículo, en el tercio medio facial habrá que aplicar un vector oblicuo (efecto principal) (2, 3). Agregaremos que a este vector oblicuo le corresponde un efecto secundario menor, de acción vertical, que acumulará partes blandas en la región periorbitaria inferior, cumpliendo con el objetivo de restauración volumétrica. En

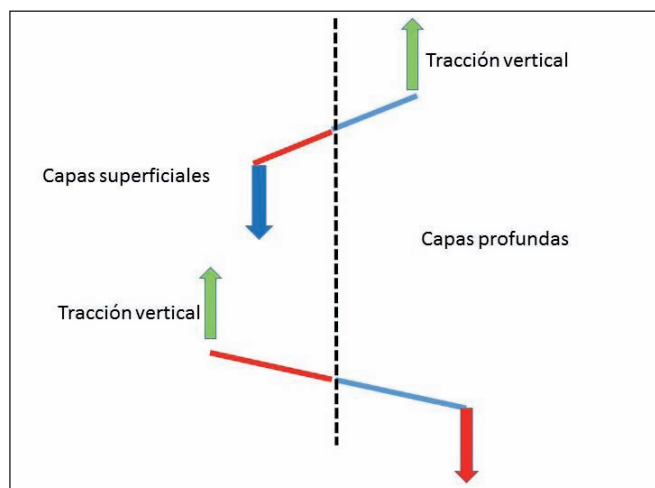


Fig. 1. Se ilustra de forma simple, el efecto inverso sobre el plano o capa subyacente o suprayacente, inmediato a la tracción aplicada en forma independiente de una sola capa. Esto amerita una suspensión adicional para complementar el objetivo de elevación volumétrica. Fundamenta la importancia de la RITIDOPLASTIA BIPLANAR CON RESTAURACION DE VOLÚMENES descrita en esta publicación.

esta reposición volumétrica no se descarta el uso de lipoinjertos en los sectores en los que el tejido grasa se haya atrofiado, pues obviamente no habrá en ellos nada para movilizar.

La disección subperióstica para unir compartimentos sin necesidad de endoscopia, y la colocación precisa de la toma en tercio medio para suspensión y anclaje a la aponeurosis temporal profunda, nos ilustran también muy claramente el procedimiento descrito.

Felicito a los autores por el presente artículo, esperando haber interpretado correctamente sus ideas.

Bibliografía

1. **Nocchi Cardim, V.L.:** Rejuvenecimiento facial-FILACP. Editorial Medica, 2013, P. 231.
2. **Mendelson B.:** Surgery of the Superficial Musculoaponeurotic System: principles of release, vectors, and fixation. *Plast. Reconstr. Surg.* 2001, 107: 1545-1419.
3. **Ventura, O. M., Marcello, G., Marino, H., Buquet, J., Gamboa, J.:** Ritidoplastia con cicatrices cortas: ligamentos de retención y vectores de corrección. *Cir. plást. Ibero-latinoam.*, 2008, 34 (1): 51-60.

Respuesta al Comentario del Dr. Ventura

Dr. R. A. Vallarta

Agradecemos las amables palabras del Dr. Omar Darío Ventura a nuestro artículo sobre ritidoplastia. El honor es nuestro al recibir el comentario de uno de los grandes exponentes de la Cirugía Plástica Ibero-latinoamericana.

Si bien es un hecho que la evolución de las técnicas de rejuvenecimiento facial en los últimos años ha crecido enormemente, no se pueden hacer a un lado los procesos y alteraciones tisulares que ocurren con el envejecimiento de la zona centrofacial, teniendo especial interés en la fisiopatología ligamentaria que el Dr. Ventura ha compartido ampliamente en anteriores artículos y la manera de enfrentarlos tomando en cuenta varios conceptos básicos que nos recuerda el Dr. Ricardo Baroudi como variables inherentes al paciente; edad, hormonas, tabaquismo y calidad de piel, cirugías previas y experiencia del cirujano (1).

El Dr. Ventura, a través de su esquema, explica de una manera muy sencilla y didáctica la idea básica del procedimiento biplanar para lograr la reposición volumétrica, que es buscar y obtener el balance entre fuerzas, volúmenes y tejidos de manera tridimensional, a través del uso de vectores y capas tisulares que hagan sinergia. En nuestra técnica en particular, el trabajo se realiza a nivel de la capa subperióstica y de la capa subcutánea, que nos permiten recolocar la mayor parte de las

estructuras afectadas cerca de sus ubicaciones originales, y con un modelado adecuado de las estructuras a tratar.

Además, como bien se mencionó, la utilización de microinjertos grasos también es de mucha utilidad, y los hemos empleado en aquellos pacientes en los que el componente de atrofia era más marcado, proporcionándonos los volúmenes adicionales requeridos y observando una mejoría de la cubierta cutánea en las zonas donde realizamos la lipotransferencia.

Agradecemos de nuevo al Dr. Ventura sus comentarios y la aportación que nos hace para enriquecer nuestra publicación; esperamos coincidir de nuevo con él para poder seguir compartiendo nuestras experiencias.

Bibliografía

1. **Baroudi R.:** A propósito de las ritidoplastias. *Cir. plást. ibero-latinoam.*, 2014, 40 (3) Editorial.