



11/21/2010  
2010

# Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Medicina  
División de Estudios de Postgrado  
Hospital General de México, S.S.

AVANCES EN LAS TÉCNICAS  
DE LA RITIDOPLASTIA.

A large, stylized handwritten signature in black ink, appearing to read 'Luis'.

TESIS DE POSTGRADO  
Para obtener el Título en la Especialidad de  
CIRUGIA PLÁSTICA Y RECONSTRUCTIVA  
p r e s e n t a

DRA. MARIA EUGENIA HOZ BARANDA

México, D. F.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

1987



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## INTRODUCCION

La evaluación de la arquitectura facial, además de comprender un análisis minucioso de cada estructura facial y el equilibrio global de sus elementos, requiere una percepción clara del individuo y de sus deseos.

Innumerables autores procuran elaborar una serie de principios cuantitativos para la evaluación del perfil facial. Debemos considerar que la belleza es mucho más profunda que la superficialidad de la forma que nos muestra. Por grande que sea nuestra comprensión de armonía y belleza estamos siempre delante de una gran limitación comparable a la del pintor, el poeta o el artista, para quienes el espacio está menos restringido a lo que su mente puede producir.

El cirujano, siendo un esclavo de la forma, y de la anatomía, muchas veces es llevado a la frustración, pues trabajando con el ser humano, material noble pero no inventado, el aumentar o disminuir está muchas veces menos sujeto a sus propias leyes que a las leyes del cuerpo.

Por otro lado, sería imposible, sin poseer esa noción de equilibrio y armonía conducir con habilidad los tejidos que tiene que tratar.

Es por tanto indispensable, no solo para el bienestar de su espíritu, sino también para el mejoramiento de sus conocimientos una gran intimidad con la creatividad en todos sus aspectos.

Cada raza posee su propio concepto de belleza que sufre mutaciones según la idiosincrasia y filosofía de cada época. Y todavía más, dentro de una misma raza, cada ser humano tiene su propio concepto según su temperamento, cultura y sensibilidad para determinar su forma particular de percibir, concebir y sentir el mundo, de razonar y juzgar.

Así, además de enfrentarnos a todas las limitaciones de orden anatómico, estamos delante de un ser que piensa y se interpreta.

Toda cirugía no deja de ser una agresión profunda; agresión que si es bien comprendida será altamente benéfica.. En caso contrario, por bien que sea realizada jamás traerá satisfacción.

En comprender esto reside la gran responsabilidad del cirujano plástico, que siempre imprimirá en cada acto su propia esencia, comprendiendo y haciendo comprender a sus pacientes su propio esplendor humano.

## HISTORIA

La historia de la cirugía cosmética se inicia con el siglo XX. Cuando la primera ritidectomía fue realizada en 1901, su uso, técnica y resultados fueron guardados en secreto durante casi tres décadas. Las costumbres postvictorianas de poco interés hacia la imagen corporal prevalecían aún en la cirugía, y los expertos se veían obligados a practicar técnicas quirúrgicas encaminadas únicamente a la erradicación de condiciones patológicas.

Los días en que se aceptó el mejoramiento quirúrgico de la apariencia física llegaron mucho más tarde.

Durante los años XXs, varios cirujanos clamaron retrospectivamente haber realizado la operación referida como ritidectomía durante la primera década del siglo. Eugenio Hollander dijo haberla practicado en 1901, Erick Lexer en 1906, Jack Joseph en 1912.

Passot reportó su primer estiramiento facial en 1919, que consistía en la excisión de múltiples elipses de piel, sin despegamiento en la frente de las líneas de pelo de las regiones temporales.

Para entonces, la tercera década de este siglo, varios cirujanos practicaban ya esta cirugía sin empacho en reportarla, como Morestin, De Martell, Pozzi y Lergarde en Francia; Gillies en Londres; Stein en Viena, Sheehan y Hunt en Nueva York, Ivy en Filadelfia, Miller en Chicago, etc.

En principio, la ritidectomía se limitaba a la excisión de elipses de piel y tejido celular con poco o ningún despegamiento, y las incisiones eran a menudo hechas en sitios muy visibles, y los pacientes pronto empezaron a objetar los resultados.

El primer esfuerzo por corregir estos detalles de incisiones y cicatrices visibles fué hecho por Joseph en 1928 y Lexer en 1931, quienes aprovecharon el contorno de la oreja y lo espeso del pelo para esconder sus cortes.

Conforme se tenía más experiencia, se hizo aparente que para conseguir una efectiva movilización del tegumento facial era necesario liberar ampliamente la piel y el tejido subcutáneo de las estructuras subyacentes, como fascia parotídea, musculatura facial y elementos vasculonerviosos.

El amplio despegamiento se llevó a cabo por cirujanos de los Estados Unidos e Inglaterra y el procedimiento llegó a conocerse como la "gran operación" adoptada entre otros por madame Suzanne Noel, la primera mujer en realizar la cirugía cosmética.

A partir de entonces, y hasta ahora, las técnicas han avanzado

practicamente en la extensión del procedimiento, sin variar importantemente en las técnicas originales. Cirugía mucho más extensa es realizada hoy con mejores resultados, particularmente en cuello donde se han hecho esfuerzos por eliminar las bandás anteriores producidas por el platismo, la caída de la línea mandibular y el área submentoniana.

Resección del platismo y colgajo de este músculo, lipectomía en continuidad de la grasa cervical y tratamiento del sistema músculo-aponurótico superficial reportado por Skoog (1974), Millard (1968-1970) Rees (1973), Guerrero Santos (1974), Connell (1978), Peterson (1975), han conseguido mejorar la cirugía cosmética de los dos tercios inferiores de la cara.

Los admirables avances en cirugía craneofacial, revolucionaron y ampliaron la especialidad a través de metodologías innovadoras, que posibilitan la corrección de varias anomalías faciales congénitas o adquiridas como es el caso del envejecimiento facial.

#### OBJETIVOS DE LA CIRUGIA

La ritidectomía tiene como finalidad remover el tejido blando sobrante y suavizar las arrugas cutáneas para eliminar el aspecto de cansancio adquirido por la edad.

El cirujano debe conseguir esto evitando complicaciones en una persona sana que desea mejorar su apariencia, minimizando al máximo el estigma de la operación, sin producción de parálisis nerviosas, hematomas o equimosis excesivas, necrosis de la piel o cicatrices hipertroficadas o colocadas en sitios visibles.

#### PATOLOGIA

La ritidectomía, del griego: rhytis = arruga, está encaminada a remover los pliegues de piel resultantes de los efectos de la gravedad, así como las arrugas causadas por hábitos de expresión facial, por exceso de radiaciones solares, por fragmentación hereditaria de las fibras elásticas de la dermis, por progresivo deterioro dental, por fluctuaciones de peso y por atrofia del tejido subcutáneo.

La frente y la línea media de la cara, la llamada "Zona T", son áreas donde la piel está íntimamente unida al músculo y existe muy poco tejido adiposo subyacente. En contraste, el tejido graso es abundante alrededor de las mejillas, anterior al músculo masetero y superficial al buccinador.

La piel en esta área está pobremente unida a la fascia y sujeta a la gravedad, al sol, radiaciones y tiempo, por lo que comienza a descender, mientras que la piel del Área 7 no lo hace. La línea de unión entre estas dos áreas produce un pliegue a lo largo del músculo orbicular de los labios, el surco nasolabial. Lo mismo ocurre a lo largo de la mandíbula donde la arteria y la vena facial y la rama mandibular del nervio facial cruzan el cuerpo de la mandíbula por debajo de la comisura bucal con una firme unión al hueso, mientras que la piel lateral se desliza hacia abajo produciendo la papada.

No existe tampoco una unión segura en el triángulo anterior del cuello, donde se produce acumulación grasa ocasionando el doble mentón.

La laxitud de los márgenes anteriores del platisma crean las prominencias llamadas "pilares".

El perfil submentoniano está dictado por la musculatura del piso de la boca que cursa desde la sínfisis del mentón hasta el hueso hioides. Si el hioides se localiza a nivel de la cuarta vértebra cervical resultará un perfil horizontal, mientras que si lo hace a nivel de la quinta vértebra ocasionará un mentón inclinado.

Generalmente el diagnóstico patológico de piel de una ritidectomia es de "elastosis solar". A esta entidad se la conoce como piel de marino, de granjero, degeneración colágena o elastosis senil. El término es confuso ya que indica incremento en la elasticidad, y por definición esta piel cuelga por falta de la misma.

El Dr Ross Rudolph, de la Universidad de San Diego, California (72), estudió pieles de pacientes femeninas expuestas al sol, con edades comprendidas entre 47 y 69 años. La piel fue tomada de la región preauricular. Se estudiaron 19 pacientes, una de ellas con historia previa de peeling 9 meses antes; y se tomaron tres controles de piel retroauricular.

Los resultados fueron los siguientes: todos los controles tenían dermis normal, epidermis intacta, patrón colágeno normal y ocasionalmente fibras de elastina. Al estudio con microscopio electrónico la dermis se encontró normal, la colágena normal, sin masas de tejido degenerativo y la elastina de apariencia clásica.

En contraste, en la piel preauricular existía gran acumulación de material amorfo, sobre todo en dermis superficial, el PAS fue positivo, el diagnóstico: "elastosis". Con el microscopio electrónico se encontraron grandes áreas de tejido elastótico de distribución variable, cerca de fibroblastos y frecuentemente masas de colágena desplazadas entre la elastosis.

En ocasiones este tejido sustituía totalmente a la colágena. Las

masas de tejido elastótico tenían filamentos centrales o periféricos. En el caso de peeling previo las masas reemplazaban totalmente la colágena.

Se concluye que el material amorfo se tinte de azul con el PAS como lo hace la elastina, en lugar de hacerlo de color rosa como la colágena; aunque esto no significa que ciertamente sea elastina. El PAS positivo indica un contenido diferente de mucopolisacáridos. El origen de este hallazgo es incierto.

La degeneración de la colágena o la elastina parece poco probable; no hay suficiente elastina normal para degenerar en tan grandes masas.

El material elastótico es similar, pero no idéntico a la elastina. La colágena normal es bioquímicamente diferente al material elastótico, por lo que se supone que éste es un material anormal producido por fibroblastos dañados por las radiaciones, los cuales aparecen a menudo en proximidad al material.

Lo mismo se ha encontrado en pacientes sometidos a radioterapia, pero en esta piel se distribuye el material a través de toda la dermis, mientras que en la piel dañada por el sol tiende a permanecer cerca de la epidermis.

El cirujano plástico tiene encomendado el papel de informar y urgir a sus pacientes a usar cremas antisolares después de la ritidectomia.

Se les debe recordar que el mismo daño que produce la radiación en las células epiteliales y es causante del cancer en la piel, también degenera la epidermis y produce envejecimiento.

## SELECCION DE PACIENTES

El candidato ideal para la ritidectomia es usualmente una mujer de edad comprendida entre los 40 y 50 años, mas bien delgada, cuyas prominencias malares y ángulo mandibular sean prominentes y fuertes, mentón fuerte sin protrusión y el ángulo cervico-mental de aproximadamente 90 grados.

La piel no debe estar excesivamente marcada por la exposición solar o el envejecimiento. También ayuda el que la paciente

tenga abundante cabello y lo use de forma que cubra las orejas para poder esconder las incisiones.

Desafortunadamente no siempre este tipo ideal de paciente es quien solicita la operación (67)

Una estructura ósea de la cara es particularmente importante para obtener buenos resultados. Si existe retrusión del mentón o aplastamiento del cuerpo mandibular resulta difícil erradicar las bolsas a pesar de la extensa disección de la piel. En estos casos puede requerirse la aplicación de una prótesis de mentón en el mismo tiempo.

Diferentes factores anatómicos son causa de pérdida del ángulo cervico-mental, como excesiva acumulación de grasa subcutánea o submuscular, excesiva piel redundante, engrosamiento del margen anterior del platismo o posición baja del hueso hioides. Todo esto obliga a una combinación de procedimientos que se discutirán más adelante.

La corrección de profundos surcos nasolabiales es uno de los aspectos técnicos más difíciles. Aunque extensos despegamientos pueden suavizarlos, la mejoría es muy limitada y esto debe explicarse al paciente.

Pacientes malos candidatos a la corrección con ritidectomía son aquellos con hipoplasia de maxila y con mandíbula larga y estrecha, lo que hace difícil el reacomodo de los tejidos blandos y una temprana recurrencia de la redundancia de piel.

En los casos de ritidosis muy marcada la mejoría con ritidectomía estándar es poca, aunque pueden obtenerse beneficios con la abrasión química posterior.

La piel demasiado transparente o hipopigmentada es propensa a severas equimosis que pueden persistir por semanas o meses, sobre todo a nivel de párpados.

Las telangiectasias pueden exacerbarse.

La cicatrización queloide es raramente vista, sin embargo, la hipertrófica puede aparecer particularmente en la región postauricular.

Los pacientes delgados o aquellos que han perdido peso sin volver a recuperarlo son mejores candidatos, ya que la piel no está sometida a constantes estiramientos.

La mejor edad para practicar la ritidectomía es entre los 45 y los 55 años, obteniéndose los mejores resultados y durante un tiempo más prolongado.

Ocasionalmente, por factores hormonales, puede requerirse en un

tiempo mas temprano. La cirugia se complementará con terapia sustitutiva.

#### PREPARACION PREOPERATORIA

Se le deberá tomar a los pacientes fotografias de frente, perfil, de cuello con contracción del platismo, las cuales serán útiles para determinar con exactitud los defectos susceptibles de corrección, así como la comparación en el postoperatorio.

Cualquier problema que aumente el riesgo de sangrado debe ser tratado antes de la cirugia, así como la suspensión de hormonas dos semanas antes.

Todos los compuestos que contengan salicilatos deberán descontinuarse por lo menos diez días antes de la operación.

Las discrasias sanguíneas se investigarán y tratarán previamente.

La infección de las heridas es sumamente rara, sin embargo, se recomienda el aseo de cara y cabeza con antisépticos, durante dos días antes de la cirugia. No es necesario rasurar.

El uso de antibióticos profilácticos es causa de controversia, ya que no sustituyen una adecuada preparación ni una buena técnica.

#### OPERACION CLASICA

El procedimiento consiste en diseccionar la piel y tejido subcutáneo de la cara, borde mandibular y cuello; rotar y avanzar los colgajos de piel en dirección posterocefalica; reseccionar el exceso de piel y cerrar las heridas.

El paciente puede ser intervenido bajo anestesia general, o local sedación, pero se recomienda siempre la infiltración con vasopresores para disminuir la hemorragia.

En un estudio realizado por el Dr Donald Klein del Morton Hospital en Dallas Texas, que comprendió la revisión de pacientes operados de ritidectomia entre 1970 y 1980, comprobó que no aumenta el riesgo cuando se opera al paciente como externo. En

muchos de sus casos usan anestesia local y sedación intravenosa (43).

La incisión se inicia unos tres cm. por detrás de la línea del pelo en la frente, deteniéndose en la unión de la parte superior de la oreja con la cabeza. Desciende entonces por delante de la oreja a lo largo de una arruga normalmente presente, que se identifica fácilmente al empujar la piel hacia atrás. Esta incisión no debe ser recta, ya que sería muy notoria. Puede curvarse penetrando al trago si este no es muy prominente, para no deformarlo.

Se circunda el lóbulo y se continúa hacia arriba penetrando a la piel de la concha, y a nivel de una línea trazada de la cola de la ceja a la fosa triangular de la oreja, mediante una ligera curva se dirige hacia atrás y hacia abajo en un ángulo aproximadamente de 90 grados.

Se comienza la disección con cuchillo. A nivel de la sien, el plano es justamente por debajo de la fascia temporal superficial. Conforme avanza la disección medialmente, debe tenerse cuidado de no lesionar la rama temporal del facial. Se continúa con tijera en una extensión variable según el caso. El plano en mejillas es superficial al SMAS, es decir, siempre superficial al nervio facial.

En cuello la disección es superficial al músculo platismo y por encima de la aponeurosis del esternocleidomastoideo y del nervio auricular mayor.

Se lleva a cabo una hemostasia cuidadosa y se procede a la recolocación de los colgajos mediante tracción suave, en dirección cefálica y posterior. Se coloca el primer punto en el colgajo temporal justo por encima de la línea del pelo; otro a nivel del trago y uno tercero en el ángulo superior de la incisión postauricular. Estos son los puntos que soportan mayor tensión.

Se reseca el exceso de piel permitiendo el cierre sin tensión del resto de los colgajos.

La tensión en el cierre es uno de los enemigos más importantes de la cicatrización y de una favorable evolución posoperatoria.

El Dr. Carson M. Lewis (50), de la Universidad de California en San Diego, se dedicó a medir la cantidad de piel resecada en 50 pacientes del sexo femenino operadas de rítidectomía. Encontró que el porcentaje de piel removida es de 31.2 mm. excepto en los grupos con edades comprendidas entre 30y 39 años, en que fué de 37.2 mm. Esto lo explica porque quizás se seleccionen mejor a los pacientes jóvenes.

También observó que se quita más piel en la primera cirugía que

en las secundarias. La piel es medida a partir del punto más bajo del lóbulo. Casi siempre la longitud retirada es idéntica en ambos lados o sin diferencia significativa.

El método descrito para medir la excisión de piel es fácil, rápido y conveniente.

Se colocan vendajes y un drenaje suave para impedir la movilización libre de la cabeza.

#### DETALLES DE LA TECNICA

El despegamiento debe extenderse siempre más allá del límite de la deformidad. Cuando el principal problema es la redundancia de piel en cuello, la disección se hará completa en la circunferencia anterior; y la tracción de los colgajos, aunque también posterior, principalmente será cefálica. Esto obliga a la resección de un triángulo de piel enfrente de la oreja. Si el triángulo se reseca en el límite superior de la incisión, la patilla sube mucho pero la mejilla rota bien.

La implantación alta o baja, rara o abundante de las patillas determina actitudes específicas (5), para evitar el estigma del área alopecica en la región temporal en los pacientes operados de arrugas. Cuanto más se suba el colgajo cutáneo en esta región, mayor debe ser el cuidado de acuerdo con el tipo de implantación del cabello.

Naturalmente habrá mayor libertad quirúrgica de elevar el colgajo en los casos de patillas abundantes. En caso contrario debe ser observado para no comprometer el aspecto estético.

Cuando los pacientes presentan patillas escasas, mayores cuidados quirúrgicos deben tomarse para no empeorar el problema. La incisión anterior en el límite del cuero cabelludo, asociada a la resección de un pequeño triángulo de compensación dentro del pelo y una movilización mínima de la patilla evita el área alopecica dejando empero, limitaciones en la calidad de los resultados (5).

En la incisión retroauricular puede ser difícil ajustar los colgajos cuando existe gran redundancia de piel. Pueden producirse pequeños escalones por lo que es de gran ayuda iniciar la sutura desde el ángulo posterior, no solo para prevenir el escalón, sino para evitar las orejas de perro.

No debe haber tensión en la sutura preauricular ni en el lóbulo

al final de la operación, ya que las fuerzas de cicatrización y de gravedad ocasionan distorsión hacia abajo y adelante de la oreja. Debe dejarse redundante la piel a este nivel.

### REGION PREAURICULAR:

La incisión en la región preauricular se extiende desde la raíz del hélix hasta la porción inferior del lóbulo de la oreja. Se presenta sinuosa en su extensión acompañando los contornos anteriores de la oreja.

La elaboración de esta incisión es realizada después de que el colgajo facial es diseccionado y estirado para determinar la cantidad de piel que se va a resecar. Para esto hay dos puntos claves: uno es la raíz del hélix y el otro la parte más alta de la incisión retroauricular, junto a la implantación de la oreja. El exceso de piel sobrepone y cubre a la oreja.

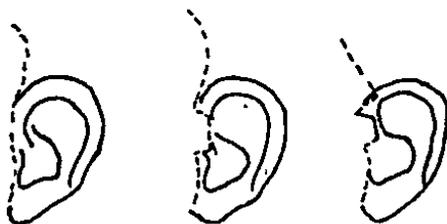
Enseguida la piel se incide dos veces en dirección de los puntos superior e inferior del trago, donde se dan dos nuevos puntos claves que se fijan. Se forman así tres colgajos cutáneos de donde se resecará el exceso de piel, de acuerdo a la necesidad, dejando contornos que se adaptan a las líneas naturales de la oreja.

La sutura debe realizarse sin ninguna tensión. El colgajo de piel delante del trago no debe sufrir tracción para evitar cualquier distorsión. Las curvas en la línea de sutura determinan una cicatriz de excelente calidad. Raras veces se observan cicatrices hipertroóficas.

Las distorsiones en el trago pueden ocurrir cuando el colgajo que se adapta sobre el mismo fuera insuficiente, cuando hubiera tensión en la sutura o cuando el trago estuviera levantado originalmente. Comparativamente este procedimiento es más estético a largo plazo que con una técnica de incisión rectilínea preauricular que no rodea al trago. La incisión rectilínea es mucho más simple de ejecutar, pero la cicatriz se torna visible y es poco recomendable.

Fue Millard quien modificó la técnica de Lexer al cambiar el trazo recto preauricular por uno curvo que pase por el borde libre del trago. Desde 1972 hasta la fecha, los Drs. Landázuri y Lino (47), siguen el borde libre del hélix con un ángulo recto entre el trago y el nacimiento del hélix en la concha. En cambio, Stark, recomienda un ángulo agudo en este punto. Con alguna frecuencia se presenta hipertrofia de las cicatrices a nivel supraauricular. Para evitar esta complicación, en 102 casos han modificado el trazo agregando un ángulo más. Al evitar la línea recta de tensión se forma la incisión en cuatro puntas

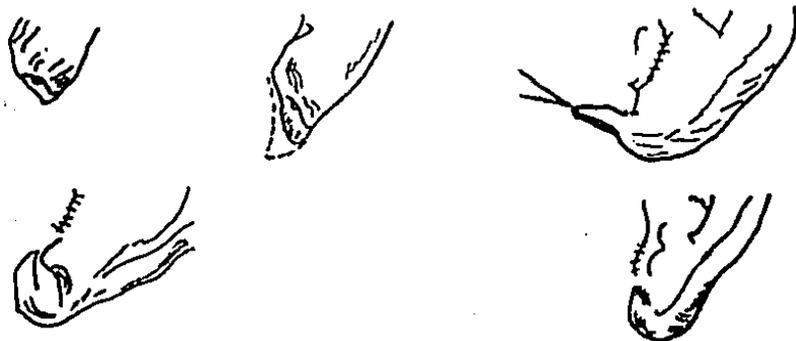
con buenos resultados.



#### LOBULO AURICULAR:

El lóbulo de la oreja debe recibir cuidados técnicos especiales. La gran variación de formas y volúmenes obliga a tomar actitudes sutiles para evitar su estiramiento, distorsiones artificiales que desagradan a las pacientes y comprometen al cirujano.

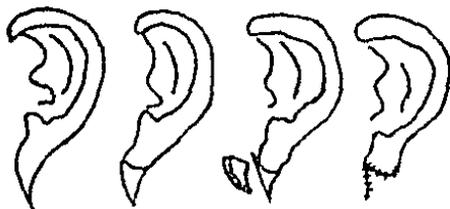
Es fundamental en el lóbulo normal dejarlo libre en su implantación. Con el reacomodo posterior de la piel el lóbulo no debe sufrir distorsión. En el caso de lóbulos presos por iatrogenia, por arrugas secundarias o por las características de cada paciente, un pequeño detalle de técnica permite liberarlo dándole una conformación natural. Un pequeño colgajo cutáneo de forma triangular y pediculado, se elabora en el mismo lóbulo. Al ser suturado, este pequeño colgajo de piel gira sobre su pedículo y se integra al cuerpo del lóbulo, dándole mayor individualidad, contorno y volumen, dejándolo libre. Esta técnica puede ser usada también durante la primera cirugía.



En los casos contrarios, donde hay exceso de lóbulo, los múltiples procedimientos para corregirlo y darle el modelado necesario son rutinariamente conocidos. La resección de los excesos puede ser realineada en el propio borde libre a manera de luna menguante obedeciendo el contorno del lóbulo. La sutura recae a lo largo de su borde.

Raul Loeb (51), propone realizar una resección en triángulo hacia mastoides para reducir su tamaño y darle un aspecto más juvenil.

Rich y Colonel (71) mencionan una técnica como procedimiento secundario. Se marca la curva deseada del lóbulo en su lado medial y lateral. Con anestesia local se quita la cicatriz y se incide en las líneas marcadas. Se disecciona unos milímetros, se aproximan los márgenes de la deformidad y la punta del lóbulo se reseca. Queda una pequeña cicatriz vertical como resultado.



#### REGION RETROAURICULAR:

Las incisiones en región retroauricular y mastoidea son básicamente todas semejantes. La incisión retroauricular se extiende desde la extremidad libre del lóbulo hasta cerca de tres cuartas partes del total de la implantación posterior de la oreja.

El corte se inicia tres o cuatro milímetros sobre el surco; enseguida se dirige a mastoides penetrando en cuero cabelludo en una extensión aproximada de seis a nueve centímetros de acuerdo con las necesidades. Puede ser de orientación recta, ligeramente cóncava hacia abajo o doblemente curva a manera de "S". La posición de la implantación del cabello y su distancia del surco

auricular posterior determinan la orientación específica.

Después de la disección del colgajo cutáneo en esta área y de su estiramiento en sentido craneal se retira el exceso de piel. El clásico escalón debe ser evitado siempre que sea posible.

Para Kaye (39) las incisiones posteriores auricular y mastoidea deben extenderse más medialmente. Se recorre horizontal y medialmente dentro de la línea del pelo 4 o 5 cm. se hace una incisión oblicua en la proximidad del pliegue permanente inclinándolo medial e inferiormente hacia o hasta la línea media. Se disecciona ligeramente para permitir movilidad.

El colgajo inferior se mueve hacia arriba y hacia la línea media y se corta para nivelarlo, sin dejar una incisión vertical posterior ni orejas de perro.

El autor ha notado que la única complicación con esta técnica es la descamación ocasional en las porciones laterales del colgajo de piel occipital por el despegamiento tan amplio. Lo importante es llevar la piel del cuello en dirección superior y posterior y quitar una gran cantidad de piel. La piel debajo de la oreja permanece plana, no queda abultamiento subauricular ni arrugas y se produce un contorno lateral del cuello más agradable, sin la necesidad de cicatrices anteriores ni indeseables cicatrices verticales en la línea media posterior.

La principal desventaja es la formación de un escalón en la línea posterior del pelo, pero ningún paciente ha reclamado por esta secuela.

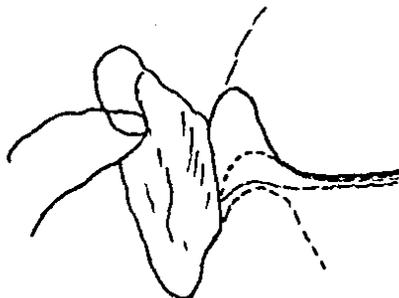
Guerrero Santos (32) sin embargo, recomienda para la corrección de defectos del cuello inferior, lo cual ocurre en el 3% de los casos, una incisión en "Ala de Gaviota" occipital.

Es una modificación a la técnica de González Ulloa que deja una cicatriz vertical notoria y una deformidad en el contorno del pelo en la nuca. La incisión se marca en la región occipital, sobre la línea del pelo, 3 a 4 cm. uniendo las incisiones retroauriculares de ambos lados. Se eleva completamente el colgajo cervical posterior, en la grasa subcutánea profunda inmediatamente arriba de la fascia muscular. Se eleva el colgajo inferior, y sin tensión se reseca el exceso de piel. Este procedimiento corrige solamente defectos situados por debajo del hoides.

En fecha posterior, González Ulloa ha recomendado una incisión similar en ritidectomias en hombres, con similares

resultados (30).

Para tratar de esconder más la cicatriz postauricular, McKinney (55), propone extender la incisión varios centímetros por arriba del músculo auricular posterior, justamente por arriba del surco, y gira entonces hacia abajo paralelo a la línea del pelo. A nivel del músculo posauricular la incisión se vuelve horizontal cerca de 6 cm en la nuca. Pueden redondearse las esquinas. Los puntos de tensión máxima de 1 Kg, son el área temporal y la región mastoidea. Se reseca la piel redundante y una pequeña "V" del colgajo sirve para llenar el área superior.



Este autor solamente ha perdido 3 de 300 colgajos y en todos los casos se ha tratado de pacientes fumadoras crónicas (22), (45), (15).

Esta técnica, según refiere, evita la cicatrización hipertrófica en el surco posauricular, mantiene la cicatriz muy alta y elimina la incisión transmastoidea.

#### SMAS - PLATISMA

Desde que Skoog en 1974 (75) hizo notar la importancia del sistema musculo-aponeurótico superficial y del músculo platisma para la corrección de los defectos mediante un discreto despegamiento de piel pero en un plano subaponeurótico, se ha llevado a cabo un rápido y profuso

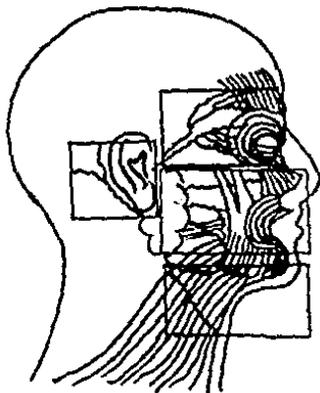
avance en las técnicas de la ritidectomía del tercio inferior de la cara, que hasta entonces se había limitado a los colgajos de piel dejando resultados bastante pobres que preocupaban no solo a los pacientes, sino también a los cirujanos.

El sistema músculo-aponeurótico superficial de la cara fué descrito en detalle en 1976 por Mitz y Peyronie (57), indicando que este sistema divide al tejido subcutáneo de la cara en dos capas.

El SMAS es una estructura longitudinal, fibrosa, fuertemente unida a la vaina de la parótida donde es gruesa y fácilmente disecable. Consideran que se inicia en la fascia cervico-cefálica, que se continúa desde la cabeza hasta el cuello en continuidad con la parte posterior del músculo frontal y con el músculo platisma en la región inferior. Esta estructura actúa como tensor de los músculos faciales desde el frontal hasta el platisma y anteriormente hasta el orbicular de los párpados. Se une posteriormente a la fascia de la región mastoidea.

#### ANATOMIA DEL PLATISMA:

Su anatomía varía entre los individuos. Es un músculo plano y delgado. Está inervado por la rama cervical del 7º. par que emerge por debajo del lóbulo superficial de la parótida.



Los fascículos posterosuperiores, en forma de "S" pasan posteriormente al ángulo de la mandíbula. Las fibras anteriores forman una "V" invertida.

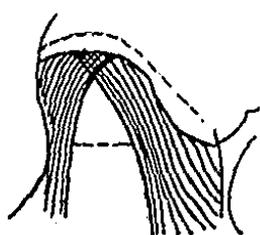
Ocupa toda la región anterolateral del cuello, parte de la clavícula a la altura del hombro y sube hacia el frente insertándose en el tercio inferior de la mandíbula y los músculos del mentón, y se cruzan sus fibras en la línea media.

Cubre los nervios y da tensión a la aponeurosis superficial. Cubre el ángulo mandibular protegiendo la rama nerviosa del facial.

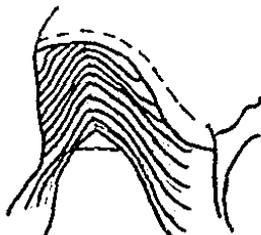
En la línea media se distribuye en tres tipos distintos: Tipo I: es el más común las fibras se cruzan a 1 o 2 cm por debajo del mentón, separadas por la línea media. La simple aproximación deja en algunos casos flacidez residual y en otros exceso de músculo en la línea media.

Tipo II: las fibras se cruzan a nivel del cartilago tiroides. La grasa submentoniana oculta el exceso muscular de la línea media cuando se imbrican los bordes.

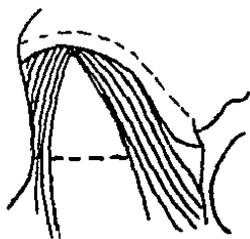
Tipo III: las fibras no se cruzan. En este caso su plicatura deja flacidez residual, en la línea media. (12)



TIPO I



TIPO II



TIPO III

El músculo ejerce su acción sobre el tercio inferior de la cara, las regiones anterior y externa del cuello y sector superior de tórax anterior.

Owley (60) no está totalmente de acuerdo con esta clasificación, ya que él ha encontrado múltiples configuraciones en la decusación de las fibras durante sus intervenciones.

A pesar de la gran variabilidad en cuanto a la distribución de las fibras, con la edad siempre aparecen fuertes bandas verticales en la región anterior del cuello que ocasionan la llamada deformidad del "cuello de pavo". Corregir esta deformidad es una parte importante de la ritidectomía. Debe evaluarse en detalle cada defecto para poder escoger la técnica que ha de resolverlo.

Es justamente en esta región donde he encontrado la mayor cantidad de artículos publicados para esta revisión

Aunque en general las técnicas van desde el afrontamiento anterior del músculo, su plicatura, resección de las bandas anteriores o la formación de colgajos que traccionan hacia atrás y se sujetan a áreas fijas, existen actualmente una multitud de técnicas y variaciones de las mismas, pero principalmente combinaciones entre ellas.

Las ramas del nervio facial y su relación con el SMAS imponen las principales limitaciones en su disección. Algunas áreas como la parotídea son seguras, pero existen otras de gran riesgo quirúrgico como el plano submúsculo-aponeurótico del ángulo de la mandíbula por la rama marginal mandibular o como el borde superior de la parótida por la rama frontal.

## HISTORIA:

En 1960 Aufrich enfatizó que dos sistemas deben tenerse en cuenta para mejorar los resultados: la piel y el tejido subcutáneo, los cuales plicaba y fijaba con burros externos.

En 1971 Weisman habló del colgajo en "Z" del músculo platísmo acompañado de lipectomía submental.

En 1972 Millard incidía las bandas laterales del platísmo por

incisión clásica de ritidectomía o por abordaje directo y practicaba igualmente lipectomía.

En 1974 Skoog describió colgajos de platisma unidos por la parte anterior pero liberados por detrás y fijados posteriormente.

En este mismo año, Peterson describió los colgajos bilaterales del platisma, la plicatura muscular en la línea media y lipectomía cervical. Practicaba el colgajo seccionando parcialmente la porción lateral del músculo platisma en un colgajo en forma de L.

Guerresantos reportó su experiencia con este método. Dos años después Mitz y Peyronie llamaron la atención sobre el SMAS describiendo su anatomía.

En 1977 Owsley extendió el colgajo levantando la fascia superficial y fijando ambas estructuras posteriormente como una unidad.

Rea y Aston hicieron lo mismo unilateralmente y no encontraron diferencias. En un artículo reciente, Alvaro Duarte Cardoso (24) reporta tres casos de ritidectomía con colgajo y plicatura del SMAS de un lado, refiriendo que no hay diferencia con el otro lado en el posoperatorio temprano ni tardío, aunque presenta fotos con resultados muy dudosos.

Fuó en 1978 cuando Connell (16) indicó la transección del platisma en su totalidad o parcialmente, mas su fijación posterior y recomendó la plicatura de los bordes anteriores mas lipectomía.

En los artículos revisados para este trabajo he encontrado desde la repetición de las técnicas clásicas hasta los puntos de vista más opuestos a ellas, y casi sin variar, cada autor propone o una técnica nueva o una variación d otra u otras. Haré un resumen de los procedimientos empleados por ellos para poder llegar a una conclusión posteriormente.

Hugo Norman (37) dice que lo mejor es la combinación de colgajos de platisma con lipectomía submandibular o submentoniana resecaando toda la grasa desde la unión del platisma con el esternocleidomastoideo hasta la línea media y hasta 0.5 cm del borde mandibular. Utiliza en su cirugía la técnica de Peterson y reporta 82 cirugías.

Lemmon (48) reporta su experiencia con 577 pacientes operados con la técnica de Skoog modificada. Las edades varían entre 35 y 87 años. Las técnicas que utilizó fueron: disección subSMAS y subplatismal y las combinó con disección subcutánea cervical, lipectomía submentoniana y submandibular. Se

libera una porción de la fascia superficial de cara y cuello de la fascia profunda de esta área. El plano de disección está separado de las ramas del facial por la fascia profunda. La penetración a la fascia superficial en la cara es aproximadamente 3 a 3.5 cm de la incisión preauricular donde la grasa es más lobular. En el cuello es a nivel del borde posterior del platisma.

Se inicia a nivel del canto externo del ojo. Se hacen tres variaciones a la técnica de Skoog: 1.- la disección en mejillas hacia el surco nasogeniano no se extiende tanto para no comprometer el resultado. 2.- Inicialmente el platisma se avanza después de suficiente disección. Para prevenir la recurrencia temprana de los pliegues anteriores del cuello, la disección subplatisma-SMAS se extiende hasta el borde anterior del platisma. 3.- La tercera variante es el cierre de la fascia. Se imbrinca la porción sobrante de fascia y se sutura en dos líneas para evitar un cordón visible y para dar un mayor soporte. En la línea anterior de la sutura los puntos están más cerca del surco nasolabial, más centrales en la cara.

Concluyen que las complicaciones asociadas a la tensión en el colgajo de piel disminuyen cuando esta tensión se transfiere a la unidad SMAS-Platisma y se reduce el edema posoperatorio dando un resultado más duradero en cara. Para obtener el mismo resultado en cuello se combinan las técnicas.

Para reducir el número de pacientes que requieren procedimientos secundarios en las regiones submentoniana y submandibular se indica la lipectomía al mismo tiempo de la ritidectomía. Para retrasar la recurrencia de los pliegues de la región anterior del cuello, el platisma se libera desde el borde inferior de la mandíbula hasta el surco medio del cuello y desde el borde posterior hasta el anterior para avanzar y suturar a la fascia profunda en el área del esternocleidomastoideo.

En el 41% de los pacientes a quienes se les realizó esta disección, el músculo fue seccionado a nivel del surco medio, y el colgajo superior avanzado hacia atrás y suturado a la fascia profunda. Esta técnica la han llevado a cabo en todos sus pacientes desde 1978. No se han presentado mayores complicaciones que con las técnicas habituales.

Practicar ritidectomías con la técnica de Skoog tiene entre otras ventajas que la cicatrización es más rápida gracias a la menor tensión de las suturas cutáneas.

Kaye (38) concluye en su trabajo que la ritidectomía de piel sola con incisiones y excisiones conservadoras es insuficiente para corregir las bolsas del cuello durante un

tiempo prolongado y que siempre recurren. En general, en esto están de acuerdo la mayoría de los autores.

Las deformidades cosméticas del cuello anterior son: piel y músculo platisma redundante, exceso de grasa submandibular, ptosis de la grasa submentoniana y bandas verticales del platisma.

Souther (78) nos indica que comúnmente las fibras del platisma se decusan en la línea media desde el hioides hasta el mentón. En los casos de deformidad del cuello no se encuentra esta decusación. La clave del tratamiento es la reaproximación de los bordes de las bandas en la línea media desde el hioides hasta el mentón creando una hamaca. La piel y la grasa pueden enmascarar las bandas. Se aborda el cuello por una incisión corta submental, se identifican los bordes mediales del platisma debajo del hueso hioides y se unen con sutura absorbible.

Si las fibras están decusadas y no se requiere reseca grasa, la tensión debe ser lateral, con o sin colgajo de platisma.

Si solamente se va a tratar el cuello anterior se requiere despegamiento amplio de la piel para evitar abultamientos.

Souther y Lars (78) dicen que si se resecan las fibras mediales, la recurrencia del defecto es temprana. Estos autores trataron 45 casos y los siguieron durante un año reportando buenos resultados.

Owsley (61) comenta al respecto de este artículo que el problema no solo es muscular sino que se combina con estiramiento y colgamiento de la piel. La resección de grasa submentoniana es peligrosa porque al desaparecer el edema puede verse un hundimiento, sobre todo si se quita la grasa profunda, y es muy difícil de corregir secundariamente.

Está de acuerdo en que reseca las fibras mediales produce pronta recurrencia pero dice que la sutura al centro ocasiona abombamiento en la piel submentoniana y agrava la apariencia de doble mentón. Refiere que en pacientes viejas siempre se requiere reseca piel redundante y laxa, con mejor resultado si se lleva a cabo mediante incisión de ritidectomía convencional.

La causa de la deformidad muscular es una contractura espástica crónica con la formación de pliegues fibrosos. Connell, Peterson y Guerrero Santos recomiendan una división transversa completa de la vaina del platisma a través de todo el cuello, por debajo del surco cervical superior. El colgajo se puede fijar lateral, medialmente o en ambas formas. Si se hace en medio requiere una resección amplia de

piel; si se hace lateral y medialmente se sube la glándula submandibular y se comprime la musculatura suprahióidea temporalmente. Solamente se recomienda cuando se requiere resección obligada de grasa.

Concluye que un despegamiento del sistema SMAS-Platisma con avance hacia arriba produce una apariencia más natural (como dice Skoog). Lo ha realizado durante 4 años. Reseca la grasa submentoniana solo en casos bien seleccionados. La plicatura medial del platisma no es útil si solamente se disecciona por debajo del músculo ya que no hay desplazamiento de la piel por encima. Reporta que lo mejor y más duradero es la transección completa por la cara profunda del músculo, llevando el colgajo hacia arriba.

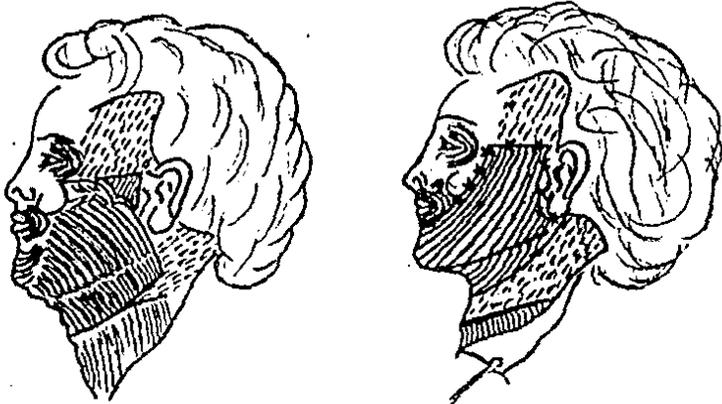
La tendencia actual es hacer cada día cirugía más grande, con disecciones más amplias, sección completa del platisma y fijación de colgajos a estructuras más firmes y estables como el periostio para conseguir resultados más duraderos.

Un ejemplo de esto es el artículo reportado por Adamson y Esat (1). En 64 pacientes que siguieron durante año y medio usaron la siguiente técnica: Diseccionaron cuidadosamente el SMAS desde el arco cigomático hacia abajo con la fascia superficial cervical llegando hasta el borde posterior del platisma; anteriormente despegaron por encima de la parótida hasta la porción lateral del músculo orbicular y hasta el surco nasogeniano. El platisma y el SMAS lo elevaron en una sola unidad. Se corta el músculo hacia la línea media paralelo a la clavícula al nivel de la porción superior del cartilago tiroides para poder movilizar el colgajo hacia arriba.

Las fibras deben ser cortadas en su totalidad. Si el platisma no se decusa en el área submental debe ser plicado mediante una incisión submentoniana. Al orientar el colgajo hacia arriba se corrige el ángulo de la comisura que se dirige hacia abajo y afuera. El exceso de colgajo se recorta en sus bordes superior y posterior. El tejido en borde superior se sujeta al arco cigomático para proteger los nervios faciales, dando puntos a periostio, y se sutura también el borde sobre la parótida, en la región del lóbulo y en el margen anterior del esternocleidomastoideo.

Si se llega a exponer la grasa de Bichat se eleva hacia arriba y lateralmente y se fija a la fascia de la eminencia malar. Dan como puntos de referencia para mayor protección de los nervios una línea que va del canto lateral al trago, extendiéndose hasta la horquilla esternal. Posterior a esta línea las ramas del nervio facial se encuentran en situación

profunda, pero anteriormente, mientras se eleva el colgajo, el nervio se hace superficial, justo por debajo de la fascia. Debe iniciarse la disección desde arriba y tratar de visualizar las ramas nerviosas.



Utilizando esta técnica no encontraron deformidad subcutánea en cuello anterior ni ningún escalón en el borde del platismo. El borde mandibular queda bien definido. No tuvieron dificultades con la viabilidad del colgajo de piel por el extenso despegamiento. Al seccionar el platismo queda denervado, por lo que permanece como una banda estática. El mayor valor de esta cirugía se obtiene en pacientes con severa relajación de piel y músculo. A diferencia de fijar el platismo posteriormente, esta técnica de transección total provee un borde mandibular bien definido. Las fibras musculares hacia la piel que describe Skoog en pacientes envejecidos son muy débiles para proveer mejoramiento al estirar solamente el platismo con poco despegamiento de piel. Los mejores resultados se obtuvieron haciendo un amplio despegamiento de ella.

La necesidad de lipectomía submentoniana y submandibular disminuye con esta técnica y muchas veces no necesitaron plicar el músculo en la línea media.

Es ésta una técnica sumamente complicada y con morbilidad amplia para los nervios de la cara, por lo que recomiendan que el principiante no principie aquí.

El Dr. Arnulfo Appiani (2) en su artículo de ritidectomía cervical refiere la importancia que tiene el ángulo cervico-mandibular, el cual, para tener expresión juvenil, debe ser

aproximadamente de 90 grados y tener por vértice el hueso hioides. Toda fuerza que se ejerza sobre la piel del cuello recae de inmediato sobre sus propias estructuras. Se puede ejercer un desplazamiento de la piel que no exceda de los 300 gr. de tracción, con nivel extremo de 400 gr. Si la piel se moviliza por el desplazamiento subyacente del músculo platísmo a otra área del cuello, su permanencia será más duradera.

La sección parcial de un colgajo muscular rectangular en su tercio medio y del lado externo, permite la profundización del ángulo cervico-mandibular, así como la tensión de la piel de la región inferior del cuello, porción supraesternal y área mandibular.

La técnica que utilizan consiste en diseccionar el músculo por su plano profundo hasta alcanzar la mitad de su ancho. Hacen 2 secciones perpendiculares hasta ese nivel. La incisión superior pasa a 2 cm. por debajo del cuerpo de la mandíbula y la inferior lo hace a la mitad de su ancho. El colgajo se desplaza hacia arriba y hacia atrás y se fija a la fascia del esternocleidomastoideo. La grasa submandibular y submentoniana se reseca por la misma incisión y por otra submentoniana.

Dentro de los grandes trabajos personales está el reportado por Owsley (59), uno de los autores más experimentados y serios. Describe la técnica utilizada en 435 pacientes de ritidectomía con SMAS-Platísmo seguidos durante 6 años.

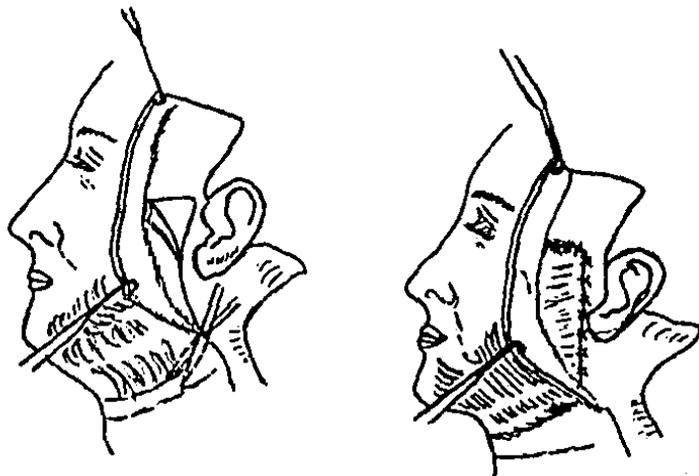
Hace notar que típicamente los pacientes requieren corrección de los surcos nasogenianos profundos, de las bolsas de piel mandibulares, de las cuerdas prominentes en el cuello anterior y el doble mentón; sin embargo, aquellos pacientes con depósitos excesivos y prominentes de grasa subcutánea en las áreas submandibular y submentoniana formaron un grupo más pequeño. Los defectos de cuello se deben a piel redundante, grasa redundante y defecto del músculo platísmo. El practica una ritidectomía trabajando SMAS-platísmo como unidad para aumentar el grado de corrección con respecto a aquella cirugía donde la piel se estira con la grasa y el músculo.

Existe mejoría franca del área submentoniana, ya que el estiramiento se hace en dos direcciones. El colgajo de SMAS-platísmo diseccionado por su cara profunda se dirige primeramente hacia arriba, y el colgajo de piel se dirige lateralmente.

Generalmente se reduce la necesidad de una incisión submentoniana para remover la grasa. Las cuerdas anteriores del platísmo producidas por contracción crónica del músculo se seccionan liberando la fuerza contráctil. La sección se

hace a 2 cm. por debajo del nivel del surco cervical superior. El músculo no se separa superficialmente de la piel, excepto donde se seccionó de la parte profunda.

La incisión muscular se hace lo suficientemente baja para que al elevar el colgajo no se cubra el ángulo submandibular y protruya su contenido incluyendo la glándula submaxilar.



El autor hace hincapié en que los resultados de la ritidectomía se mejoran considerablemente si existe un claro entendimiento de la anatomía de las deformidades en el envejecimiento facial y la aplicación de procedimientos apropiados. Adherirse rigidamente a una sola técnica debe ser descartado.

Kosa, Horibe y cols. (36), presentan una técnica de ritidectomía que consiste en diseccionar la lámina de tejido conjuntivo desde la región temporal a la cervical junto con el músculo platísmo. A nivel del lóbulo auricular donde está unida, es incidida en dos colgajos pediculados. El anterior es elevado y fijado superiormente al músculo temporal, y el posterior a la región mastoidea. Mencionan como una ventaja que la disección sea pequeña, disminuyendo el tiempo quirúrgico y acelerando la curación. La importancia del artículo radica en lo útil que resulta poder fijar el colgajo a una resistente aponeurosis.

Para Guerrerosantos (32), la única solución al exceso de piel y grasa entre el mentón y el hioides, es decir, cuello anterior y superior, es la ritidoplastia cervicofacial con lipectomía cervical y platísmoplastia, colocación superior de la glándula submaxilar y adecuada colocación superior y posterior de los colgajos de mejilla. Para los defectos de la porción inferior del cuello que corresponden al 3% de los casos, recomienda una incisión en "gaviota" en la región occipital, que será tratada en el apartado correspondiente.

En el simposio brasileño del contorno facial presentado por la Asociación Brasileña de Cirugía Plástica Regional de Sao Paulo, en septiembre de 1983, se presentaron varios trabajos referentes a la cirugía del tercio inferior de la cara y del cuello, los cuales se resumen aquí en sus aspectos más importantes.

Farid Hakme (34) practica en región submentoniana el adelgazamiento, resección de bridas y sutura en la línea media. Lateralmente hace colgajos de SMAS y platísmo en conjunto, con resección total o parcial del músculo y su fijación alta. Reporta asimetría en el adelgazamiento, adherencias de cicatrices submentonianas, exceso de bridas platísmales, tensión del platísmo y brida medial por exceso de tejido.

Ewaldio Bolívar de Souza (8) hace despegamiento amplio de la piel de lado a lado del cuello y logra la grasa a nivel mentoniano. Hace colgajo de SMAS y lo fija al arco zigomático sin cortarlo en la gente joven. Secciona parcialmente el platísmo y lo fija en una región superior en casos de deformidad cervico-mentoniana. En casos bien seleccionados practica sección total del músculo con fijación superior y posterior. En todos los casos practica colgajo superior del SMAS, resección de bandas anteriores del platísmo y su adelgazamiento y resección de un triángulo a nivel del hueso hioides para evitar formación de brida media.

Juárez Avelar (4) prefiere la lipoaspiración submentoniana abordada mediante incisión de ritidectomía y creación de túneles o por pequeñas incisiones de 8 mm. en el

borde anterior del esternocleidomastoideo, a 3 cm. por debajo del lóbulo auricular, ya que no se requieren extensas áreas de despegamiento, causa poco trauma de la piel, disminuye el tiempo quirúrgico y evita manipulación de tejidos.

El aporte personal de Ronaldo Pontes (65) para el tratamiento del músculo platisma consiste en una Z-plastia muscular en el ángulo de flexión del cuello, para evitar las retracciones a este nivel, consiguiendo una excelente definición del ángulo cérvico-mandibular.

Adolpho Ribeiro Jr. (70) recomienda la cirugía de SMAS-platisma en todos los casos en que está borrado el ángulo cérvico-mandibular significando una alteración en el músculo.

José Carlos Daher (20), hablando de la evolución de la técnica en la cirugía del platisma recomienda no despegar el platisma en su región anterior y el platisma medial trabajarlo mediante el adelgazamiento del hueso hioides en ocasiones a nivel subplatismal. Cuando clínicamente hay bridas cervicales recomienda la disección de las mismas a este nivel y sin sutura medial.

Con la evolución de la cirugía cráneo-máxilo-facial, la cirugía plástica incursiona en regiones más profundas en búsqueda de la corrección de deformidades congénitas. Al realizar una intervención en un paciente con deformidad congénita se intenta asociar resultados tanto de naturaleza funcional como estética. Basados en estos factores, el Dr. Paulo Mateo Santana (54) y cols. analizaron al paciente con flacidez o envejecimiento facial como a un enfermo que necesita recibir tratamiento de estructuras superficiales así como profundas.

Pensando que la cirugía cráneo-maxilofacial puede ofrecer recursos técnicos como el abordaje por vía subperióstica, hueso, músculos, inserciones musculares, fascia y tejido celular subcutáneo ofreciendo una mayor ayuda a la ritidectomía clásica con características técnicas más superficiales.

Es a partir de 1982 cuando surgen estos conceptos nuevos en las técnicas quirúrgicas. En los estudios anatómicos realizados en la cara envejecida se encuentran alteraciones no solamente de piel y tejido celular subcutáneo, sino de todas las estructuras de la cara, llegando a encontrar hasta reabsorción ósea en la región mentoniana, desgarramiento de inserciones musculares a nivel del surco nasogeniano, depresión ósea en región alveolar, caída de punta nasal, absorción de la grasa orbitaria con depresión del complejo órbito-palpebral, disminución del surco

palpebral y retrusión de las estructuras en dirección al techo orbitario con una consecuente mayor protrusión del borde orbitario.

En la región temporo-zigomático-mandibular, la aponeurosis temporal superficial se relaciona con la región fronto-temporo-parieto-orbitaria provocando puntos de tracciones debidas a inserciones por detrás del músculo orbicular en su cara posterior, lateralmente, que se dirigen hacia el arco zigomático camuflándose con las fibras aponeuróticas maseterianas (lo que Mitz y Peyronie denominan SMAS). La encuentran íntimamente unida al tegumento cutáneo. Superiormente es más profunda, y en su parte inferior es menos resistente, por lo que para traccionar los tejidos de abajo hacia arriba de la región maseteriana, abordan esta fascia por la vía subperióstica a nivel del arco zigomático, incluyendo la aponeurosis maseteriana.

Basados en estos criterios anatomoclínicos abordan cada región a tratar, después de previa marcación, por vía subperióstica mediante incisiones clásicas para cirugía cráneo-maxilofacial (coronal, gingivolabial, subciliar) y para ritidoplastia convencional.

En la región fronto-orbitaria realizan incisión coronal, despegamiento subperióstico de la región frontal hasta el techo de la órbita liberando el nervio supraorbitario con o sin osteotomía. Se desgasta el reborde orbitario si es necesario, se tratan los corrugadores en sus inserciones, se despegan las estructuras de la región nasomaxilar por vía subperióstica continuando hasta la punta nasal con tijera para completar el tratamiento.

Para el tratamiento de la región temporo-zigomática-mandibular se disecciona la aponeurosis temporal superficial desde la inserción superior hasta la región maseteriana a partir del arco zigomático, junto con su periostio y las fibras de la aponeurosis. Su tracción permite tratar la región parotido-mandibular.

A nivel de la fosa temporal la tracción de estas estructuras elimina las arrugas laterales de los párpados. Se hace aquí también un pequeño despegamiento del músculo para retirar las bolsas de Bichat y permitir mayor prominencia malar.

En la región cervico-mentoniana hacen una incisión en el surco gingivolabial y un despegamiento por vía subperióstica por donde retiran la grasa submentoniana mediante separación muscular evitando incisiones externas y recolocando las estructuras deslizadas que forman el doble mentón.

El procedimiento quirúrgico superficial se hace a través de incisiones de ritidectomía convencional.

Las ventajas que estos procedimientos tienen sobre la ritidectomía clásica son: tratar la cara senil de modo superficial y profundo, la reposición de la musculatura parcialmente desinsertada permite reponer la actividad y rejuvenecer la cara dándole un aspecto más natural. La porción central de la cara sufre mejoras notables que no se consiguen con la cirugía clásica. El tratamiento del doble mentón tiene un mejor resultado, lo mismo que la región orbitaria, zonas difíciles de corregir.

Richard Ellenbogen y Jan Karlin (20) de Los Angeles, California publicaron un trabajo interesante acerca de la regeneración del músculo platisma posterior a la ritidectomía. Explican la etiología de este suceso y principalmente, dan consejos para su prevención.

"Como hemos visto hasta ahora, el tratamiento del cuello es en nuestros días parte esencial de la ritidectomía, por lo que los consejos para mejorar resultados y hacer éstos más permanentes no deben ser pasados por alto.

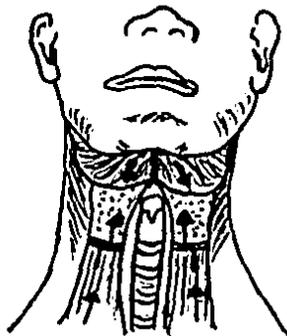
Los autores reintervinieron a 155 pacientes, de los cuales en 7 encontraron regeneración muscular. Sus hallazgos fueron: persistencia de sutura no absorbible en la línea media, en un tejido muscular fibrótico. El Área entre el colgajo superior y el inferior estaba ocupada por un puente de tejido músculo-aponeurótico débil que formaba una línea color de rosa en completa continuidad con el platisma. Lateralmente a la sutura de la línea media existían bandas musculares no adheridas a estructuras subyacentes.

El tiempo transcurrido entre una y otra cirugía fue de 27 meses. Para poder explicar esto, hablan de que la regeneración del músculo esquelético es ya bien conocida. Algunos creen que las fibras multinucleadas maduras son capaces de producir nuevas células mononucleadas después de un trauma, que involucra la formación de plasmalema alrededor del miotúcleo periférico simple y el citoplasma adyacente. Otros dicen que hay células musculares satélites como reserva de la célula stem miogénica, encargadas de efectuar la regeneración.

Cuando el músculo en regeneración es expuesto a mayor fuerza tensil se incrementa la masa de músculo regenerado. Si el tejido conectivo de este permanece intacto, la morfología al final de la regeneración es igual o casi igual a la normal.

Es posible que el platisma se regenere a partir de su vaina posterior intacta que permanece bajo tensión. Ya que las células musculares están en todas las capas del SMAS, pueden hipertrofiarse bajo tensión en la vaina posterior, causando restablecimiento de la continuidad.

Recomiendan remover toda el área de células satélites en el SMAS, alterar la arquitectura donde las miofibrillas puedan regenerar, quitar la tensión y cortar totalmente el platisma y su vaina posterior, así como cerrar desde el mentón hasta el cartilago tiroides con sutura no absorbible.



Como podemos darnos cuenta, en los últimos años la atención se ha enfocado a tratar de resolver los problemas de envejecimiento del área cervical.

Las técnicas son muchas y la tendencia es a corregir cada vez más profundamente los defectos.

Se ha entendido que el envejecimiento no es solamente superficial. Todos los tejidos, incluyendo el óseo, están involucrados en el proceso.

Lo que es claro, es que un estiramiento cutáneo aisladamente no resuelve los problemas ni las necesidades de cada persona.

Tenemos actualmente la opción de tratar todos los tejidos para proporcionar un resultado mejor y más duradero.

Y existe la esperanza de que en un futuro próximo se resuelvan los inconvenientes actuales y las limitaciones quirúrgicas.

### FRENTE Y CEJAS

El éxito de la cirugía cráneo-facial con el uso rutinario de extensos colgajos de cuero cabelludo e incisiones coronales estimuló a varios cirujanos a reexaminar y refinar técnicas para la cirugía cosmética de cejas y frentes. En 1978 los reportes de Connell y de Ortiz Monasterio completaron por así decirlo la ritidectomía, mejorando considerablemente los resultados del tercio superior de la cara.

Con esto se ha incrementado la demanda pública de la cirugía facial no solo por mujeres, sino por un número cada vez mayor de hombres.

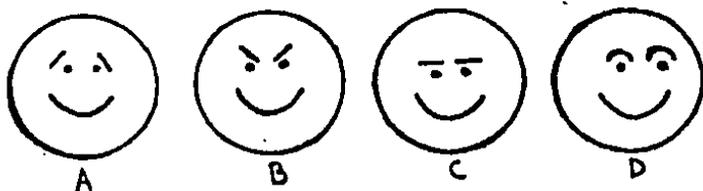
La indicación para practicar la incisión coronal con resección de corrugadores y de una tira de músculo frontal para eliminar el factor dinámico formador de las arrugas horizontales debidas a contracciones espásticas del músculo frontal (61), resultado de un esfuerzo permanente por elevar las cejas, es la existencia de ptosis de frente, de cejas y de los párpados superiores sobre todo en sus porciones laterales, lo cual no puede ser corregido mediante blefaroplastia.

En pacientes jóvenes puede existir una posición baja congénita de frente y cejas y no requerir blefaroplastia de párpados superiores.

Otras indicaciones son las mismas arrugas transversas en la frente, arrugas verticales en glabella y arrugas transversas en la raíz nasal; todas ellas en movimiento o en reposo, así como caída de la nariz por envejecimiento y protrusión del borde orbitario superoexterno, igual que el deseo de arquear

la parte externa de cejas y cantos externos hacia arriba.

Con respecto al arco de las cejas, Ellenbogen (26) hace mención en un artículo de que la cola baja da apariencia de tristeza, la cola alta de enojo y las cejas horizontales hacen ver al paciente como si estuviera cansado. Para sacar un estándar de las formas más agradable de las cejas, sin caer en la expresión de susto permanente al elevarse demasiado, se basa en medidas anatómicas y puntos bien definidos y probados.



La técnica para la corrección de estos problemas de la frente tiene en general variaciones únicamente en los detalles.

Los músculos involucrados en estas deformaciones son (13): El occipito frontal, cuyo origen es la gálea aponeurótica entre la sutura coronal y la arcada orbitaria. Sus fibras se funden con los músculos procerus, corrugadores, y orbicular de los párpados. Está innervado por ramas temporales del nervio facial y su acción es la de elevar las cejas. La acción alterna del occipital y el frontal mueve el cuero cabelludo de adelante hacia atrás. Su irrigación es a través de arterias y venas supratrocleares y ramos de arterias y venas temporales superficiales.

Es este músculo frontal el responsable de las arrugas

paralelas horizontales de la frente.

Los músculos corrugadores (63) que ocasionan las arrugas oblicuas y verticales de la glabella tienen su origen en el extremo medial del arco supraciliar, se insertan en la superficie profunda de la piel en la mitad del arco. Están inervadas por ramas temporales y zigomáticas del facial. Su acción es arrugar la frente en sentido medial, aproximando las cejas. Están irrigados por ramas de arterias y venas supraorbitarias, supratroclares y oftálmica superiores.

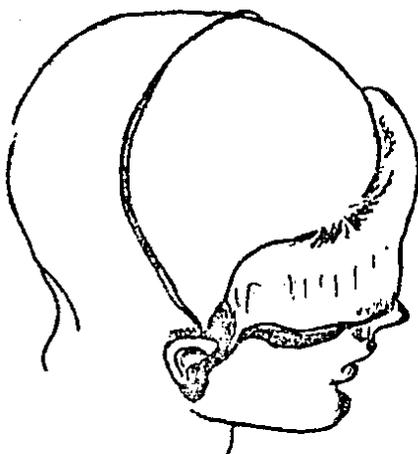
En el área glabellar el músculo procerus, que ocasiona las arrugas transversas de la raíz de la nariz, y los corrugadores, forman en conjunto una expansión aponeurótica a manera de abanico que se confunde con la del frontal.

La incisión coronal para esta cirugía comienza en la raíz del hélix y se extiende superiormente. Puede dirigirse hacia adelante al nivel de la línea media, o continuar recta hasta el lado opuesto. Se diseña el colgajo por encima o por debajo del periostio, como veremos luego, llegando hasta el borde superior de la órbita y cuidando de no lesionar el paquete neurovascular supratroclear que se encuentra lateral a los músculos corrugadores. Estos se exponen y resecan aproximadamente 0.5 cm. de cada lado. Se quita una tira de músculo frontal, cuyo ancho está determinado por las arrugas de la frente. La disección lateral se lleva a cabo hasta el nivel de la cola de las cejas, donde debe tenerse la precaución de no lesionar la rama temporo-frontal del nervio facial. Esta suele tener variaciones de curso, pero si se traza una línea 0.5 cm por debajo del trazo hacia la ceja, pasando 1.5 cm. por arriba de su porción lateral o siguiendo la rama frontal de la temporal superficial, que en el borde lateral del músculo envía una rama descendente, generalmente coincide con la penetración del nervio al músculo.

Se cierra resecando el exceso de piel cabelluda. Esta cirugía suele continuarse con rinfedectomía convencional o practicarse como procedimiento aislado.

Si se va a practicar blefaroplastia es importante cerrar completamente la incisión coronal antes de empezarla.

Las ventajas de este procedimiento son: La ausencia de cicatrices visibles, la elevación natural de las cejas, el tratamiento de la raíz de la nariz y la posibilidad de otros procedimientos como la corrección de la caída de la punta nasal o de la protrusión del rebordo supraorbitario externo.



Para abordar los músculos corrugadores, Pierce incide en la porción medial de las cejas. Borgen hace una "v-y" con dermatabrasión, Edwards recomienda la parálisis retrógena de la rama temporofrontal del facial, Foschil rellena el área glabellar con injerto dérmico, y Barnes reseca músculo a través de una incisión supraciliar. Castañares reseca parcialmente los corrugadores mediante una incisión transversa..

Todas estas técnicas pueden dejar cicatrices visibles, ptosis por denervación, quistes dérmicos, atrofia de injertos, etc., por lo que en la actualidad casi no se practican.

Fue Tessier en 1968 y LeRoux y Jones en 1974 quienes describieron la técnica de la resección completa del músculo frontal (19) y es a partir de entonces que la incisión coronal es la preferida para abordar todas las estructuras involucradas en el envejecimiento del tercio superior de la cara.

El Dr. Ricardo Baroudi (5) en un estudio analítico de las incisiones en la ritidoplastia nos comunicó que la indicación para la incisión está vinculada a 4 variantes anatómicas, como ya dijimos, que combinadas o aisladas obligan a una actitud quirúrgica específica, cuyo resultado estético depende del buen sentido del cirujano. Se deben tener en cuenta además de los límites operatorios naturales, las eventuales limitaciones en la calidad estética deseada por el paciente.

Todas las variables deben ser analizadas individual e integralmente para justificar o no la ritidoplastia coronal.

Se suman a este estudio analítico los aspectos psicológicos de los pacientes, las características faciales de las porciones media e inferior, así como la edad y el tipo de piel.

La ritidectomía coronal efectuada dentro del cuero cabelludo o en el límite de la piel lampiña con la implantación del pelo tienen sus adeptos y seguidores. Cada especialista tiene sus argumentos y experiencia para decidirse por uno u otro procedimiento. Cada tipo de incisión tiene sus aspectos positivos y negativos. Debe prevalecer siempre la selectividad que cada caso determina para optar por uno u otro procedimiento o más aún, para refutar la ritidectomía frontal.

Debe recordarse sin embargo, que una incisión en el límite del cuero cabelludo dejará siempre una cicatriz que obliga a un tipo determinado de peinado para cubrir las marcas. Este detalle conlleva a limitaciones en el uso del procedimiento.

Las arrugas horizontales o verticales en la frente comprometen la estética. Su remoción se presenta a primera vista como condición básica para lograr un rejuvenecimiento facial. La cara es un todo donde la frente está integrada. La incisión coronal dentro del cuero cabelludo podrá ser efectuada realizando una simple miotomía, una miectomía y tracción craneal de la piel de acuerdo con las características de la frente (5). No debe realizarse ninguna tracción craneal de piel cuando la frente es alta por naturaleza o cuando la implantación de cejas y patillas también es alta, ni cuando las entradas son muy evidentes.

La miectomía frontal y de los corrugadores se hará necesaria de acuerdo a los problemas existentes. Al contrario, la elevación craneal del colgajo frontal estará indicada cuando los pacientes presentan frente corta, cejas bajas y patillas abundantes.

Las cejas en proximidad al reborde orbitario presentan una clara implantación baja. En ocasiones, la cola tiene una posición todavía más baja que el cuerpo, mostrando la peculiar "máscara de tristeza". La elevación quirúrgica de la cola de las cejas se torna obligatoria debiéndose evaluar paralelamente el no comprometer los demás detalles anatómicos de la región.

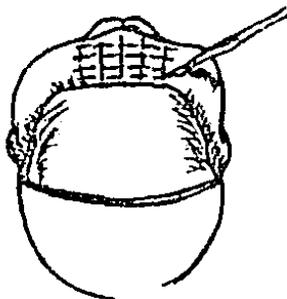
En la imposibilidad técnica de elevar únicamente la cola, existe la maniobra electiva de resección en "ala de gaviota".

Es importante evitar el estiramiento craneal de las cejas para eliminar las arrugas frontales de manera que dieran un aspecto artificial al semblante.

Las arrugas frontales asociadas a frente alta con poco cabello y existencia de entradas pronunciadas constituye un problema de difícil solución.

La incisión coronal en el límite del cuero cabelludo con la piel de la frente, trae problemas para esconder la cicatriz. La incisión dentro del cuero cabelludo con estiramiento de piel también es poco recomendable por elevar todavía más la implantación ya escasa del cabello. Parece ser más coherente la miectomia frontal sin cualquier tentativa de elevar o traccionar la frente para evitar problemas secundarios artificiales o evidencia de cicatrices.

Ivo Pitanguy recomienda utilizar la incisión coronal o anterior en casos de frentes muy amplias o en hombres con calvicie asociada a ritidectomia. Diseca el dorso nasal hasta el septum membranoso para mejorar la caída de la punta y practica cortes en cuadrícula en la gálea aponeurótica. (63)



Kaye (41) en su comentario al artículo del Dr. Pitanguy, refiere que para mejorar los resultados y hacerlos más permanentes, durante las dos últimas décadas se ha practicado la sección de la aponeurosis, resección de una tira de piel o la reinserción del músculo a un nuevo nivel. El origen de los corrugadores debe ser resecado siempre que existan arrugas glabellares, lo que incluye a casi todos los pacientes.

El estirar la frente elimina la necesidad de extender la incisión de la blefaroplastia más allá del borde orbitario.

Las incisiones anteriores de la línea del pelo dejan cicatrices muy desagradables e indica el autor que solamente en la parte central debe hacerse anterior, mientras que las porciones laterales se introducirán al pelo en las áreas temporales para que no sean visibles. La rama frontal del nervio facial que yace inmediatamente superficial al músculo frontal debe cuidarse por lo que los procedimientos en las porciones laterales y las resecciones musculares se harán por lo menos 3 cm. por arriba de la porción lateral del borde orbitario superior.

Cassio y cols. (14) mediante incisión coronal, en el tercio inferior de la frente disecan subperiósteicamente hasta los pedículos supraorbitarios y de ahí, por el borde superior y lateral de la órbita y medialmente hasta la punta de la nariz. Hacen incisiones en el músculo frontal o resección muscular parcial. El colgajo de periostio lo resuturan. El canto externo se tracciona y sutura a la musculatura temporal. La gálea de la porción lateral del colgajo frontal también se sutura al músculo.

En cuanto a la resección muscular frontal, Jorge de Moura (21) la practica en forma arqueada preservando una porción supraciliar para evitar daño a la rama frontal y reseca corrugadores y procerus.

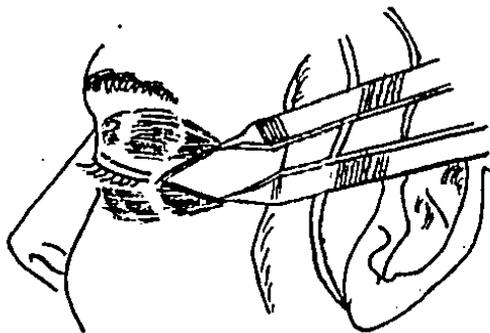
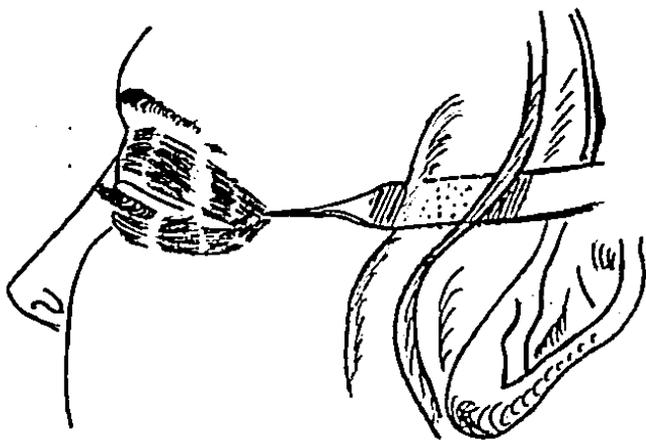
Luis Cheffe (19) clasifica al músculo frontal en 5 patrones distintos y recomienda que solo se dejen pequeños fragmentos de espesor parcial sobre los conjuntos neurovasculares. Diseca el borde orbitario para elevar la ceja así como el tercio superior de la nariz.

Luis Sergio Toledo (81) diseca supraaponeuróticamente el músculo temporal hasta salirse de la zona pilosa donde se superficializa hasta el plano subcutáneo; sigue con la liberación de las cejas y párpados superiores e inferiores. Liga la arteria y la vena frontal consiguiendo así un colgajo muy amplio y móvil.

Tucker (83) nos indica que lateralmente la gálea frontal está

adherida al borde orbitario y al liberarla se consigue una considerable movilidad del colgajo. A nivel justo por encima del arco zigomático el tejido fibroso en la superficie profunda del colgajo se divide unos 2 cm. teniendo cuidado de evitar asimetría.

Otros autores (23) prefieren la disección superficial hasta el músculo orbicular y canto externo continuando supra aponeuroticamente hasta el lado contrario despegando cejas y arrugas glabellares.



Para Owsley (61) la operación debe comprender la vuelta del colgajo hasta que las densas uniones de la fascia entre la gálea y el borde supraorbitario queden completamente expuestas y divididas liberando la fascia de la grasa del espacio supraorbitario. Los corrugadores y procerus deben ser resecados lo mismo que una porción central del músculo, dejando una tira de por lo menos una pulgada de ancho arriba de las cejas. Dice que el estiramiento de la frente es a menudo preferible a una blefaroplastia secundaria para los pacientes con recurrencia de exceso de piel en los párpados superiores.

Sergio Levy Silva (49) ha ideado una modificación para el tratamiento de las arrugas periorbitarias y ptosis de las cejas usando la incisión de Jost (1975) en "Z", abordando y tratando el músculo orbicular según Aston (1980) y Skoog (1975) elevandolos superiormente y hacia atrás para fijarlo con sutura no absorbible.

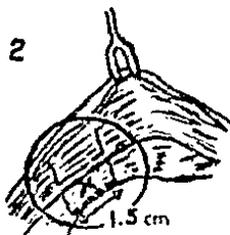
Es Sokol (76) el único que propone una solución diferente para la corrección de la ptosis de las cejas, la cual tiene tres metas a seguir: una cosmética que supone la colocación exactamente arriba del reborde orbitario, calcular exactamente la cantidad de piel que se requiere quitar en párpados superiores, y por último mantener el resultado de la operación con la altura apropiada de las cejas. Fennere que Hinderer relacionó el cambio del eje del canto lateral del ojo con la ptosis de las cejas y recomendo blefaro-cantoplastia y estiramiento supraciliar.

Connell, Digman, Kaye y Vinas definen el problema de ptosis como envejecimiento en conjunto de la blefarochalasis y recomiendan excisiones locales o remotas (incisión coronal) para su reparación. El problema eterno de las incisiones locales es la cicatriz visible. La solución para Sokol consiste en una suspensión transblefaroplastia indicada en pacientes que no aceptan otros procedimientos, o en aquellos con mínima ptosis. La incisión es la de blefaroplastia normal. Se levanta la ceja con la mano hasta el nivel deseado. Se entra a través del músculo orbicular mediante una incisión transversa. La porción lateral del músculo se eleva como colgajo y se continúa la disección hacia arriba hasta 2 cm. por arriba del borde orbitario. Marca con un punto "X" el centro de la distancia entre la mitad de la ceja y su extensión más lateral. Este punto lo traslada al periestio del reborde y será la línea media del colgajo de periestio que medirá 1.5 a 2.5 cm. de ancho. Se eleva éste y corresponde a un colgajo inverso al del músculo y septum. Se interponen los colgajos y se suturan juntos con nylon.

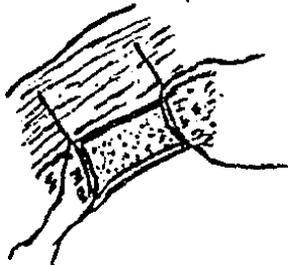
1



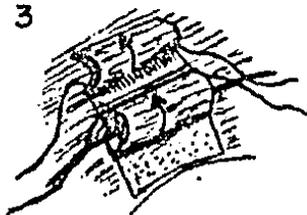
2



4



3



Las ventajas de este procedimiento son el no dejar cicatriz visible, no aumenta considerablemente el tiempo quirúrgico y permite reparar defectos unilaterales siendo su única desventaja una ocasional sensación de tensión supraorbitaria.

Al parecer el procedimiento es sencillo, sin embargo, en las fotografías que presenta en su artículo los resultados no son muy aparentes.

En cuanto a las complicaciones que se puedan presentar en estos tipos de cirugía de frente son en realidad poco comunes e incluyen el hematoma que además de ser raro es fácil de tratar con succión; necrosis del colgajo que prácticamente no ocurre, pérdida de pelo, la cual puede requerir corrección secundaria y lesión nerviosa; no suele haber lesión a la rama frontal del facial, ya que la disección es por debajo de la gálea. Si la resección muscular se realiza muy cerca del borde orbitario puede haber peligro de daño nervioso. La alteración en la sensibilidad del Área supraorbitaria puede aparecer y retornar a la normalidad.

### CONCLUSION.

Las ventajas y desventajas presentadas en los diversos procedimientos técnicos descritos están limitadas a las características anatómicas que cada paciente presenta y que le gustaría solucionar. No hay en realidad una técnica que ofrezca solución a todos los casos. No hay quirúrgicamente nada que resuelva todos los tipos de problemas sin dejar un estigma operatorio que obliga a un camuflaje artificial.

Ya que no existe un procedimiento ideal para todos los males, los cirujanos deben atender al más elevado criterio de selectividad. La mejor cirugía es aquella que deja menos marcas, que sea compatible con un aspecto natural sin que preocupe al cirujano las fantasías de los pacientes, ya que éstas no tienen límites.

Las cicatrices y los artificios quedan registrados de manera negativa a los ojos de los observadores que argumentan en contra del cirujano y de la especialidad. Actualmente los resultados posoperatorios son comparados entre las pacientes y sus amistades que se convierten en críticos sin conocer las verdaderas limitaciones que las cirugías actuales y aceptadas permiten ofrecer. Quieren lo mejor sin marcas ni cicatrices y esto todavía no se puede lograr.

Ojalá en las generaciones futuras de cirujanos ésto pueda ocurrir.

Debemos dejar, eso sí, el mínimo de detalles negativos que puedan generar críticas destructivas sobre nuestro trabajo.

## RITIDECTOMIA EN HOMBRES

Al incrementar la demanda actual a un 8%, es decir, un 50% más; la cirugía de la cara por los pacientes del sexo masculino, se han tenido que modificar y perfeccionar las técnicas para obtener resultados más satisfactorios para el caso.

Existen diferencias básicas en la piel del hombre con respecto a la de la mujer, que obligan a tomar medidas específicas al someterlo a una intervención de este tipo.

La piel del hombre es más gruesa, posee una gran cantidad de folículos pilosos y por lo tanto, la vascularidad está aumentada. Las cicatrices posoperatorias no son tan fáciles de esconder; la calvicie limita la cirugía de la frente y por último, debe conservarse dentro de lo posible la situación normal de las patillas.

El hombre se interesa más en mejorar ligeramente su expresión facial que en quitarse la apariencia de los años, sin embargo, da más valor a las posibilidades de disimular los señales de la intervención.

Además de las presiones sociales, no cuenta con los recursos de la mujer para ocultar las cicatrices.

Por lo tanto, al realizar una ritidectomía convencional es aconsejable que la tracción de los colgajos sea hacia arriba ayudándose de una mayor acentuación de la curvatura en la incisión de la región temporal. La incisión postauricular debe extenderse más hacia arriba y posteriormente para disimular mejor la incisión.

Un problema real lo constituye el área alopécica entre la patilla y la oreja. Si esta área se destruye, la apariencia resultante es antinatural y afeitarse resultaría difícil.

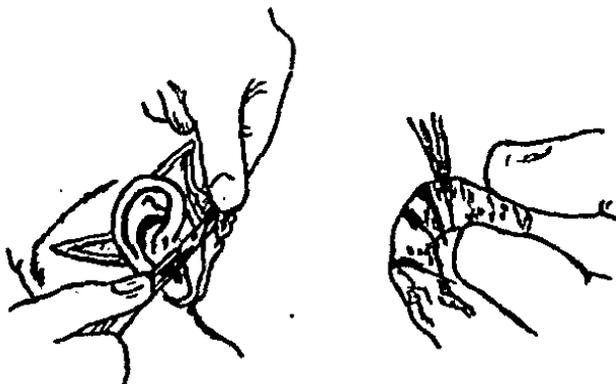
Para tratar de evitar este defecto posoperatorio se preserva una pequeña tira de piel sin pelo preauricular colocando la incisión en la unión del área libre del pelo y la patilla.

Existe otra manera de respetar en parte la patilla y consiste en practicar una incisión horizontal por debajo de la patilla y traccionando el colgajo verticalmente, con el inconveniente

de posible notoriedad de la cicatriz.

Baken en 1969, González Ulloa en 1971, Millard en 1972, Pitanguy en 1973, Hamilton en 1974, Sturnann en 1976, Baker en 1977, proponen incisiones variables para el polo superior, sin embargo, todas sus incisiones pasan anteriormente a la base del trago conservando el área alopecica original. Stark en 1974 propuso la incisión a nivel del trago, sin hacer referencia a la eliminación del pelo que necesariamente se introduce en el área libre de él. Newson en 1977 preconizó la incisión pretilosa contorneando la patilla. La primera referencia al problema específico de construcción de una nueva área sin pelo la hacen Franco y Rebello en 1977 cuando dicen que adelgazando el colgajo se contribuye a la disminución del pelo; depilar por el lado dérmico durante la cirugía, y cada vez lo hacen dirigiéndose más hacia abajo y atrás.

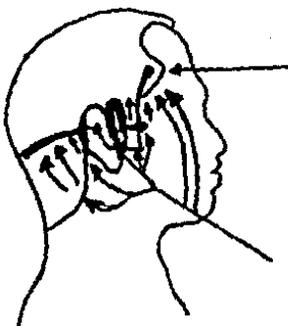
Cremone y Curtis proponen la incisión por detrás del trago casi dentro de la oreja y diseñando un colgajo en forma de "C" y remueven los folículos usando cauterio y tijeras. Se ayudan de lupas durante la cirugía. Retiran todas las vainas del pelo (18). Esta misma técnica la realiza Stark.



Las consecuencias de una ritidectomía en un paciente del sexo masculino pueden ser por tanto: pérdida del área alopecica

preauricular, adelgazamiento de las patillas, alza de la cola de las cejas y canto externo del ojo, lo cual no es deseable en hombres.

Marcos Szpilman (80) sugiere redondear la punta del colgajo entre el borde posterior de la patilla y la implantación anterior de la oreja, así como disminución en la incisión anterior de la patilla. Mediante estas incisiones se puede repetir la operación sin perder la apariencia natural. Solamente incide cuero cabelludo en casos excepcionales por el inconveniente de la calvicie.



Si se requiere se hace incisión de Castañares. El autor opina que las arrugas de la frente no son indeseables en los hombres. Los corrugadores los reseca por incisión supraciliar.

Tampoco se recomiendan las incisiones inframentonianas ni nasogenianas (82) lo mismo que los implantes capilares.

Las complicaciones de las ritidoplastias en los hombres son las mismas que en las mujeres, pero aumentando en frecuencia la posibilidad de formación de hematomas, por lo que la hemostasia debe ser muy cuidadosa.

## COMPLICACIONES

Podemos incluir en este capítulo las complicaciones reales consecuentes a la cirugía y por otro lado los resultados poco satisfactorios.

Los pacientes operados de ritidectomías con estigmas o marcas tienen un aspecto peculiar, que resulta negativo tanto para ellos como para el propio cirujano.

Estas señales suelen consistir en : (29) Elevación de la línea de implantación del pelo en la región temporal o en la frente, con alargamiento del área entre esta línea y las cejas.

Rectificación de las cejas.

Cicatrices preauriculares visibles, por lo menos en la implantación del hélix y delante del lóbulo.

Deformación o aplanamiento del trago.

Cicatrices visibles y frecuentemente hipertróficas en área mastoidea.

Desnivel de la línea de implantación del pelo en región retroauricular en forma escalonada.

Cuanto mayor sea el número de estos defectos que podamos evitar, tanto más agradable será el resultado.

Por otro lado, en cuanto a las complicaciones como tales, la más molesta de todas, aunque no la más frecuente, es el hematoma. Su prevención es el mejor tratamiento. No sobra enfatizar la importancia de realizar una exhaustiva hemostasia. La presión arterial es un mecanismo importante en la producción de los hematomas, la cual, aún cuando se haya controlado durante la cirugía aumenta sus valores dos horas después de terminada la medicación.

Es un riesgo alto conocido operar a un paciente hipertenso de ritidectomía sin un control adecuado.

Deben ser descontinuados también todos los medicamentos que se estén administrando durante el preoperatorio, que se conozca que aumentan el riesgo de sangrado.

La frecuencia con que aparece esta complicación es variable. Se reporta desde un 0.9% hasta 15% de hematomas que requieren

drenaje.

El Dr. Pitanguy escribe en un artículo que en 480 casos que tuvieron que reintervenirse se vio que no había vasos sangrantes (62), sino un difuso exudado evacuated porque la presión mecánica causada por el hematoma excede la presión hidrostática de los pequeños vasos causando hemostasia automáticamente. Según esto, lo que deben removerse son los coágulos sin retirar suturas ni someter a otra anestesia al paciente ni a mayor stress. El recomienda el drenaje en cama, con analgesia, asepsia y antisepsia; quita 2 o 3 puntos del área mastoidea o supraauricular. Usa una pinza curva para extraer los coágulos mientras hace presión manual ligera donde el hematoma es más evidente.

Con una sonda nasogástrica irriga 50 cc de solución isotónica y posteriormente cierra la herida. No ha encontrado diferencia en términos de viabilidad del colgajo, de infección ni resultados cosméticos.

Countiss (17) comenta al respecto que a pesar del método seleccionado, los coágulos deben removerse para disminuir el peligro de circulación del colgajo y asegurar una mejor cicatrización después. El solamente recomienda el drenaje en la cama en pacientes con un hematoma pequeño y blando y que se cuente con muy buena luz, succión y condiciones de esterilidad. Si el sangrado continúa será necesario llevar al paciente a quirófano.

El hematoma, como ya se mencionó, hay que prevenirlo. La presión sistólica mayor de 150 mmHg es un factor estadísticamente significativo de riesgo. 20 mg de clorpromacina IM. es de gran ayuda, así como los antieméticos. El Dr. Countiss recomienda tener amplia experiencia para practicar el drenaje indicado por el Dr. Pitanguy.

Paul Schnur (73) propone un detalle quirúrgico para prevenir esta desagradable y peligrosa complicación. El hematoma puede causar necrosis y serias complicaciones. Los pequeños pueden acabar con irregularidad en la piel, dolor y decoloración que prolonga el período de recuperación.

Siguiendo las indicaciones de Barker y Gordon han disminuido el porcentaje de hematomas diseccionando un lado de la cara, cortando la piel redundante y haciendo hemostasia. Continúan con el otro lado y al terminar vuelven al primero a revisar el sangrado. Lo llaman "segunda revisión" y la practican en todas sus cirugías desde 1977. Dejan drenajes Jackson-Pratt y no colocan apósitos. De 60 pacientes operados con la técnica tradicional, el 10% presentaron pequeños hematomas

definidos como pequeñas colecciones sanguíneas que producen induración y requieren aspiración o remoción por una incisión. Solo el 5% de los pacientes a los que se les realizó segunda revisión lo presentaron. El hematoma expansivo o disecante es aquel que requiere reintervención. Se presentó en el 11.7% de los casos operados sin revisión y solamente en el 1.7% de los casos revisados por segunda vez. Resumiendo resultados fueron 21.7% contra 7% (p 0.025) estadísticamente significativo.

La mayoría de los hematomas, 60%, se presentan cuando se hace disección subcutánea cervical. El cierre del borde posterior del platisma a la fascia profunda evita que el hematoma avance hacia el frente.

No se reportan hematomas debajo del colgajo SMAS-platisma, y por lo tanto, no se ve cicatrización excesiva ni piel colgante en cuello anterior.

#### Pigmentación:

En los sitios de equimosis puede ocurrir hiperpigmentación, aunque esto depende del tipo de piel del paciente.

Las telangiectasias, sin embargo, suelen exacerbarsse después de este tipo de cirugía.

#### Sufrimiento de los colgajos:

Es la complicación más temida de la ritidectomía. Es rara y con mayor frecuencia ocurre en el área mastoidea donde la tensión de los colgajos es mayor y la nutrición viene de más lejos. La escara producida debe recibir un tratamiento conservador, sin resección temprana ya que sirve como cubierta. Solo se desbrida ampliamente en caso de infección.

El sufrimiento de los colgajos suele resultar de un hematoma excesivo o no tratado o por trombosis o isquemia, lo cual es raro. Si ocurre en el área preauricular requerirá corrección secundaria de la cicatriz.

También en este caso la prevención es lo más importante: evitar o tratar a tiempo los hematomas, manejar con sumo cuidado los colgajos, etc.

En un estudio de 577 pacientes operados, Mark Lemmon reporta (48) sufrimiento del colgajo no mayor de 2.5 cm. en 0.87% y se piensa que fué debido a la colocación de los drenajes en el área temporal y preauricular.

### Infección:

Es una complicación rara aunque pueden aparecer pequeñas pústulas que deben removerse y evacuarse. La celulitis o abscesos deben drenarse y acompañarse de terapia antibiótica.

La condritis puede ser una complicación que requiere drenaje y antibioticoterapia, hospitalizando al paciente para disminuir al máximo el riesgo de pérdida de cartilago.

### Pérdida de pelo:

Ocurre en el área temporal o en la incisión posterior. Se ve más frecuentemente en pacientes con tendencia a la alopecia. Puede ser temporal o permanente. Suele presentarse también en el área de la incisión coronal. En ocasiones se soluciona resecaando la cicatriz.

### Cicatrices:

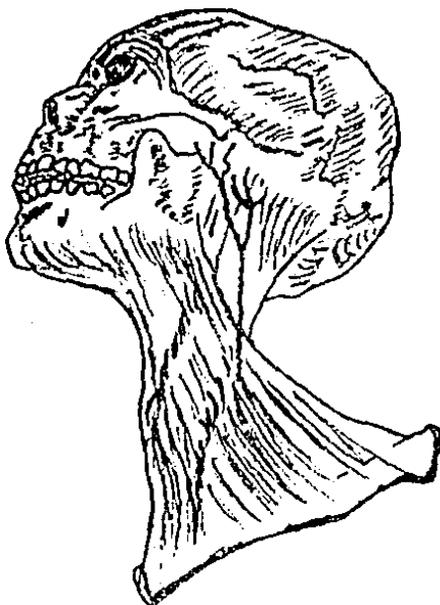
Generalmente las cicatrices hipertróficas y visibles se deben a exceso de tensión o compromiso del aporte vascular. Las más ocurren en áreas preauriculares extendiendoso hasta el lóbulo, y en la región mastoidea. El punto importante, pues, es evitar la tensión de los colgajos.

Se reporta aproximadamente un 1% de cicatrices que requieren corrección.

### Lesión nerviosa:

Ocurre entre 0.5% y 2.5% El nervio mas frecuentemente dañado es el auricular posterior. Se debe generalmente a una disección profunda. Si se determina en el transoperatorio debe ser reparado. (56).

Este nervio es puramente sensorial y deriva de la segunda y tercera raíces cervicales siendo su rama más larga y ascendente. Su lesión produce pérdida de sensibilidad de las dos terceras partes inferiores de la oreja y de la piel pre y postauricular. Generalmente esta alteración de la sensibilidad es transitoria, pero en un 5% de los casos queda permanente. La mayoría de los cirujanos reportan reversibilidad en tres meses.

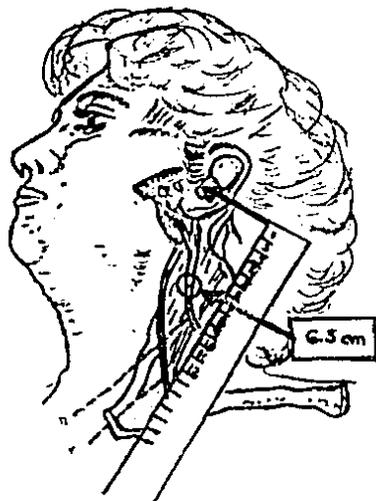


Un daño mayor se ocasiona al lesionar las ramas del nervio facial. Mientras el plano de disección sea superficial en el tejido subcutáneo, el riesgo disminuye. Se reporta daño a este nervio en un 1.7% de los casos, siendo siempre reversible. Generalmente, el 80% de las veces, se lesiona la rama mandibular y un 20% la rama bucal. La sección de la rama mandibular se produce al disecar por debajo del músculo platisma. La rama puede salvarse durante la intervención si se incide 2 a 3 cm. por debajo del borde mandibular y 2 cm. por debajo de los vasos faciales.

Siempre que se seccione una rama y ésto se observe durante la cirugía, ésta debe ser reparada inmediatamente.

La lesión a alguna rama del nervio facial, principalmente la mandibular es una complicación más fácil de observar cuando se trabaja SMAS-Platisma.

Con la cabeza en posición de 45°, girada en posición de ritidectomia, el nervio gran auricular cruza el vientre medio transversal del esternocleidomastoideo a 6.5 cm. por debajo del borde caudal del canal auditivo externo óseo, y en este punto, la vena yugular externa es paralela y 0.5 cm. ventral al nervio. Este punto es útil al disecar el platisma, porque marcando una línea desde aquí hasta el cartilago tiroides se conserva la transección del platisma 3 cm. por debajo de la mandíbula protegiendo la rama marginal del nervio facial.



Se ha observado también disminución de la actividad depresora muscular del labio inferior considerada por Gwsley (59) como "pseudoparálisis" que mejora en dos o tres semanas y se recupera totalmente en 8 o 10. Se entiende como una parálisis temporal del músculo platisma después de su manipulación.

Desde luego, la lesión nerviosa es de temer y debe evitarse. Sin embargo, existen otras complicaciones inherentes a la cirugía del SMAS\_Platisma que deben ser reducidas al mínimo como la irregularidad y depresión en la superficie del cuello a nivel de la sección del platisma, redundancia en grasa en área submentoniana, laringe muy aparente y deformidades causadas por los márgenes del músculo seccionado.

Otras de las complicaciones menores que en alguna ocasión ocurren son la fiebre, parotitis y la parálisis de cuerdas vocales que requieren revisión.

En un paciente del estudio de Lemmon (48) se presentó una parotitis de tipo obstructivo y temporal que se cree debida a un avance excesivo de la fascia con obstrucción del ducto.

La parálisis de cuerdas vocales se presentó en un paciente 5 días después de la intervención. Los estudios fueron negativos y se recuperó espontánea y completamente en tres meses.

## PEELING

El envejecimiento se debe considerar como atrofia de la dermis, adelgazamiento de la epidermis, destrucción de fibras elásticas, atrofia de glándulas sebáceas y sudoríparas y aspecto seco.

Las arrugas finas que se presentan en el labio superior, alrededor de la boca; las pequeñas arrugas en toda la piel de la cara, los poros abiertos en la piel de la nariz y las arrugas finas alrededor de los ojos no se solucionan con la cirugía.

El peeling es un procedimiento con el que se pueden mejorar estos defectos, así como para disimular las cicatrices producidas por acné, hiperqueratosis, manchas, telangiectasias, y hasta ciertas cicatrices postraumáticas.

Los mejores pacientes para practicarles este tipo de tratamiento son aquellos con piel fina, rubios y con ojos claros, por la posible hipocromia resultante.

La fórmula para preparar la solución a usar es:

Fenol	3 cc.
Agua	2 cc.
Aceite de croton	3 gotas
Jabón líquido	8 gotas

El fenol ( $C_6H_5-OH$ ) se emplea al 60%. El fenol en la piel produce coagulación de proteínas, disminuye la integridad de la superficie de la piel por epidermiolisis parcial y llega con facilidad a la dermis donde ejerce su acción. 48 horas después de aplicado se presenta necrosis coagulativa de epidermis, coalescencia del estrato papilar, marcada hiperemia y reacción inflamatoria y coalescencia de fibras de colágena en dermis reticular.

Tres semanas después se presenta intensa regeneración de la epidermis, mayor celularidad en el plano basal, ensanchamiento de dermis papilar y aumento de la vascularidad.

A los tres meses existen restos de activación epidérmica,

ensanchamiento de dermis capilar y aumento de la vascularidad.

A los 2 años no hay evidencia de actividad, pero la piel sigue viéndose joven.

Las ventajas que este procedimiento ofrece son las de eliminar pequeñas arrugas, dar apariencia limpia y juvenil, eliminar pigmentaciones y la de poder practicarse con analgesia y sedación. Sus efectos perduran por largo tiempo.

Las desventajas consisten en un enrojecimiento durante 2 meses, que cede espontáneamente y la posible toxicidad al fenol, ya que se absorbe por la piel y pasa a la sangre pudiendo ocasionar alteraciones neurológicas y del ritmo cardíaco.

Una hora después de su aplicación, el nivel sanguíneo es de 0.7 mg.%; a las 2 horas es de 0.15 mg% y a las 5 horas es de 0.1mg%. La dosis para una intoxicación grave oscila entre 5 y 20 gramos.

El alcohol facilita su absorción, por lo que debe ser prohibido.

Según un artículo (6) en el que se reportan los resultados de 180 casos tratados con peeling no tuvieron problema de intoxicación.

Otras complicaciones suelen ser la despigmentación variable, hiperpigmentación ocasional que mejora con hidroquinona, secuelas cicatrizales por lo que no es recomendable utilizarlo en áreas queloidígenas como la cervical. También puede presentarse infección, eritema persistente, prominencias en la desembocadura de glándulas y pelo, millia y pérdidas totales de piel.

Con respecto a la pérdida total de piel, algunos autores reportan que se han presentado cuando hacen ritidectomia y peeling en un mismo tiempo. Se recomienda separar los procedimientos entre sí de 6 a 8 meses.

Después de aplicada la solución, se cubre el área con microporo para evitar la evaporación y para que sirva de arrastre mecánico posterior, que elimina la epidermis quemada.

Esta técnica requiere por lo menos de 8 días de internamiento, hasta el descostrado total.

Los pacientes deben protegerse del sol y a las tres semanas pueden maquillarse.

Los resultados son satisfactorios y las complicaciones mínimas.

Da aspecto de salud y juventud de larga duración.

Es un buen recurso en el tratamiento integral del envejecimiento facial.

## RESUMEN

El número de trabajos publicados, además de los legados por los maestros de la cirugía, sin publicación, son casi incontables. Desde el inicio del siglo, cuando los primeros artículos fueron registrados, hasta la actualidad, algunas centenas de publicaciones forman el acervo científico, previendo para un futuro próximo que nuevas adquisiciones sean conseguidas para lograr efectos más cosméticos y con menos iatrogenia.

En los últimos decenios ha habido una definición en cuanto a los tipos de incisiones adoptadas para casi la totalidad de las ritidoplastias. Las incisiones en la región temporal, preauricular y retroauricular se aceptan como necesarias, presentando variables específicas para cada caso.

Es imposible registrar todos los procedimientos existentes en la literatura. Sería una redundancia de información.

En los últimos 25 años, la ritidoplastia pasó a ser una de las modalidades quirúrgicas en el campo de la cirugía estética más común en la práctica diaria. Paralelamente se ha notado un cambio muy grande en la sensibilidad en relación al aspecto social de las personas que se someten a una cirugía plástica y a la ritidectomía en particular. Las pacientes operadas de ritidoplastia, casi en su totalidad mantenían la cirugía en secreto. Cuando se les preguntaba por su aspecto más juvenil la respuesta era siempre evasiva diciendo que habían cambiado de maquillaje, asistido a algún centro de aguas termales, que habían engordado, adelgazado, etc.

Las posibilidades interpretativas de esos secretos se basan

en una natural vergüenza de ser juzgadas como vanidosas, fútiles, etc.

Actualmente se avanza hacia una situación desinhibidora. Los pacientes divulgan su situación antes y después de la cirugía. Inclusive llegan a hacer fiestas de despedida y de inauguración de su nuevo aspecto facial.

Esa nueva forma de comunicación, totalmente contraria a lo que ocurría hace 15 años, trajo necesariamente una mejoría en las técnicas empleadas. Lo que en aquella época pasaba inadvertido en término de cicatrices, actualmente tiene una gran importancia. Esto obliga a los cirujanos a un mayor refinamiento técnico en el sentido de esconder cada vez más las incisiones evitando así que aspectos desagradables vengán a comprometer el nombre del especialista.

A pesar de la natural evolución de los detalles técnicos en las ritidectomías, los cirujanos plásticos conservadores utilizan todavía incisiones poco recomendables que comprometen sobre manera los resultados cicatrizales en el posoperatorio inmediato o tardío.

Gran número de autores han presentado sus trabajos con varias técnicas para el tratamiento de las arrugas frontales, palpebrales, faciales, mentonianas y cervicales. Los resultados cicatrizales han sido bastante diversos de acuerdo con el tipo de incisión.

En ocasiones, para la mejoría estética de una determinada área aparecen cicatrices que comprometen la cirugía y al cirujano.

Se ha hecho aquí un análisis de esas incisiones en el sentido de comparar resultados que puedan ofrecer al paciente mejores efectos estéticos con un mínimo de cicatrices visibles.

Los admirables avances de la cirugía craneofacial han revolucionado y ampliado la especialidad a través de métodos innovadores que posibilitan la corrección de varias anomalías faciales congénitas o adquiridas.

Una serie de procedimientos quirúrgicos pueden ser empleados de forma aislada o combinada en la modificación del contorno facial encaminados a la armonización de varios segmentos faciales.

Con la cirugía estética no se altera solamente el rostro de la persona, sino también su psique, y se promueven a veces cambios súbitos y profundos en su carácter y personalidad. A través de la reconquista del respeto propio y de la

autoconfianza el paciente promueve o redimensiona su "YO", que puede significar la diferencia entre la libertad o el conformismo.

La cuestión fundamental de este cambio no se encuentra solamente en la reconstrucción de la imagen física. El retrato que cada uno hace de sí mismo, es decir, su autoimagen, es lo que constituye el verdadero punto de la individualidad y del comportamiento, estableciendo las fronteras de las realizaciones personales.

Por tanto, aquellas personas que recurren a un cirujano plástico necesitan frecuentemente de algo más que la cirugía. Además de abordarlos como a un ser humano normal, es fundamental que el cirujano esté en condiciones de ofrecerles algo más.

En relación a esto, la Dra Marcia Kraft (46), realizó un estudio psicológico prospectivo en 50 pacientes operadas de ritidectomía, presentando unos resultados alentadores.

Se estudiaron a las pacientes en el preoperatorio con test psicológicos y entrevistas psiquiátricas y se siguieron durante 6 meses después de la cirugía.

Aproximadamente el 30% de ellas presentaron reacciones depresivas posoperatorias primariamente relacionadas con una depresión preexistente clínicamente detectable, altos estados depresivos o patrón de depresión prona en la personalidad.

No existió relación estadística entre reacción depresiva posoperatoria y expectativas mágicas, complicaciones posoperatorias, estado marital, desgracias recientes, relaciones con la pareja y la familia o preocupaciones acerca de la muerte.

El grado de depresión preoperatoria a veces se intensificó transitoriamente en el posoperatorio, pero después se estabilizó a niveles menores que los preoperatorios.

Muchas pacientes mejoraron después de la cirugía: 28% presentaron incremento en la autoestima, 8% se adaptaron mejor a su forma de vida y 8% tuvieron mejoría en sus relaciones profesionales y personales.

Por lo que hemos visto, como cirujanos plásticos estamos en la obligación de proporcionar a los pacientes las condiciones necesarias para surgir como personas, facilitarles el enfrentamiento a la lucha que se entabla entre la inseguridad y el miedo.

Enfrentar este desafío es dar sentido humano a la existencia a través de una constante búsqueda para que el individuo se amplíe y crezca.

De esta manera, la búsqueda de la cirugía emana simplemente de una finalidad trascendente que es el intento de armonizar el cuerpo con el espíritu, la emoción con la razón, intentando establecer un equilibrio interno que permita al paciente reencontrarse y reestructurarse para sentirse en armonía con su propia imagen y con el universo que los rodea.

## BIBLIOGRAFIA

- 1.- Adamson, J. C. M.D. and A. Esat Toksu, M.D. Progress in Rhytidectomy by Platysma-SMAS Rotation and Elevation. Plastic and Reconstructive Surgery. Vol 68:1, July 1981.
- 2.- Appiani Erdulfo. Ritidectomia Cervical. Platismoplastia: Nuestra Conducta. Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana. Vol. VIII, No. 2, Abril, Mayo, Junio 1982.
- 3.- Aston Sherrell, Jerom, M.D. Orbicularis Oculi Muscle Flaps: A Technique to Reduce Crows Feet and Lateral Canthal Skin Folds. Plastic and Reconstructive Surgery, Vol 65:2, February 1980.
- 4.- Avelar Juarez. Adiposidade submentoniana e submandibular, Lipoaspiracao por Lipectomia. Anais do Simposio Brasileiro Do Contorno Facial. Sep, 1983.
- 5.- Baroudi, Ricardo. M.D. Estudo Analitico Das Incisoes Nas Ritidoplastias. Anais Do Simposio Brasileiro Do Contorno Facial. Sep. 1983.
- 6.- Bisbal Piazuelo Javier, y Del Cacho Garcia Carlos. Peeling al Fenol, Nuestra Experiencia y Resultados. Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana, Vol. VII, No. 4, Octubre-Noviembre-Diciembre, 1981.
- 7.- Boies Stark, M.D. Male Rhytidectomy Incisions. Discussion. Plastic and Reconstructive Surgery, Vol 71:3, March 1983.
- 8.- Bolivar De Souza Finto Ewaldio. Ritidoplastia. Abordage Pessoal Na Cirurgia Cervico-mandibular. Anais Do Simposio Brasileiro Do Contorno Facial, Sep. 1983.
- 9.- Braver R. Changes in Plastic Surgery in 36 Years. Plastic and Reconstructive Surgery. 67:341. Jun. 1981.
- 10.- Cardoso de Castro W.C. Extensive Cervical and Lower Face Lypectomy: Its Importance and Anatomical Basics. Ann. Plastic Surg. 4:370, Jan. 1980.

- 11.- Cardoso de Castro W.C. Estudo Anatomico Da Regiao Cervical. Anais Do Simposio Brasileiro Do Contorno facial. Sep. 1983.
- 12.- Cardoso de Castro W.C. The Anatomy Of The Platysma Muscle. Plastic and Reconstructive Surgery, 66:3, nov, 1980.
- 13.- Cardoso Resende Jose H. Anatomia Cirurgica da Regiao Frontal. Anais Do Simposio Brasileiro Do Contorno facial. Sep. 1983.
- 14.- Cassio M., Raposo Do Amaral. Ritidoplastia Frontal. Anais Do Simposio Brasileiro Do Contorno Facial. Sep. 1983.
- 15.- Cedars Michael G. M.D. Cigarette Smoking in Face Lift Patients. Plastic and reconstructive Surgery 75:3, March. 1985.
- 16.- Connell D. F. Contourning The Neck In Rhytidectomy by Lipectomy and a Muscle Sling. Plastic and Reconstructive Surgery 61:3 May, 1978.
- 17.- Courtiss Eugene H. M.D. Hemathoma Post-rhytidectomy: How We Treat It. Discussion. Plastic and Reconstructive Surgery, 67:4, April, 1981.
- 18.- Cremono Joseph, M.D. Eugene Courtiss, M.D. and James Baker Jr. M.D. Male Rhytidectomy Incisions. Plastic and Reconstructive Surgery, 71:3, March, 1983.
- 19.- Cheffe Luis Oscar. Miectomia Ampliada Nas Ritidectomias Frontais. Anais Do Simposio Brasileiro Do Contorno Facial. Sep. 1983.
- 20.- Daher Jose Carlo. Evolucao Tecnica Da Cirurgia Da Platisma. Estagio Atual. Anais Do Simposio Brasileiro Do Contorno Facial. Sep. 1983.
- 21.- De Moura, A. Jorge. Ritidectomia Frontal. Tecnica Pessoal. Anais Do Simposio Brasileiro Do Contorno Facial. Sep. 1983.
- 22.- Dillman Drew B. M.D. MPH. Cigarette Smoking in Face Lift Patients. Plastic and Reconstructive Surgery. 75:3, March, 1985.
- 23.- Diniz Vania, Vilchez Jose Fco. y Diniz Jose Fco. Filo. Nose Mento Lift Associado a Tecnicas Faciaes en

Ritidoplastias. Anais Do Simposio Brasileiro Do Contorno Facial. Sep. 1983.

- 24.- Duarte Cardoso Alvaro. Avaliacao De Eficacia De Plicatura De SMAS En Ritidoplastias Cervico-faciais. Anais Do Simposio Brasileiro Do Contorno Facial. Sep. 1983.
- 25.- Ellembogen R. And Carlin J. V. Visual Criteria For Success In Restoring The Youthfull Neck. Plastic And Reconstructive Surgery. 66:826, May 1980.
- 26.- Ellembogen R. M.D. Transcoronal Eyebrow Lift With Concomitant Upper Blepharoplasty. Plastic And Reconstructive Surgery. 71:4 April, 1983.
- 27.- Ellembogen R. M.D. Medial Brow Lift. Ann Plast. Surg. 5:2, 1982.
- 28.- Ellembogen R. M.D. and Jan V. Karlin, M.D. Regrowth of Platysma Following Platysma Cervical Lift: Etiology and Methodology of Prevention. Plastic and Reconstructive Surgery. 67:5 May, 1981.
- 29.- Franco Talita. Estudo Da Linha De Implantacao Pilosa Nas Ritidoplastias. Anais Do Simposio Brasileiro Do Contorno Facial. Sep. 1983.
- 30.- Gonzalez Ulloa. The History Of The Rhytidectomy. Aesthetic Plastic Surgery. 4:1, 1980.
- 31.- Guerrero Santos José. M.D. and Sharadkumar Dicksheet, M.D. Cervicofacial Rhytidoplastia in Ehlers-Danlos Syndrome: Hazards. Plastics and Reconstructive Surgery, 75:1, Jan. 1985.
- 32.- Guerrero Santos José, M.D. , Sharadkumar Dicksheet, and Mario Sandoval, M.D. The Seagull Incision in Posterior Cervical Lift: Indications, Limitations and Surgical Technique. Plastic And Reconstructive Surgery. 70:3, Sep. 1982.
- 33.- Guerrero Santos José, M.D. Role of the Platysmal Muscle in Rhytidoplasty. Plastic and Reconstructive Surgery, 5:29, 1978.
- 34.- Hakme Farid. Analise Critica e Follow Up Tardio Na Cirurgia Cervico-mandibular. Anais Do Simposio Brasileiro Do Contorno Facial. Sep. 1983.
- 35.- Hirshowitz B. Posterior Neck Lift For Correction Of

**ESTA TESTS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

Sagging Of The Lower Anterior Neck. Aesthetic Plastic Surgery. 4:57, 1980.

- 36.- Horibe Kose, Edith Kawano, Orlando Gutierrez y Orlando Lodovici. Ritidoplastia y Lamina Conjuntivo-muscular. Cirugia Plástica Ibero-Latinoamericana. Vol.XI, No. 3, Julio-Agosto-Septiembre, 1985.
- 37.- Hugo Norman E. M.D., Rhytidectomy With Radical Lipectomy And Platysmal Flaps. Plastic and Reconstructive Surgery. 65:2, Feb. 1980.
- 38.- Kaye, B.L. The Extended Face Lift With Ancillary Procedures. Ann. Plast. Surg. 6:335, 1981.
- 39.- Kaye, B.L. The Extended Neck Lift: The Bottom Line. Plastic And Reconstructive Surgery. 65:4, April, 1980.
- 40.- Kaye, B.L. The Seagull Incision in Posterior Cervical Lift.. Discussion. Plastic And Reconstructive Surgery. Sep. 1982.
- 41.- Kaye, B.L. Indications For And Treatment Of Frontal And Glabellar Wrinkles. Discussion. Plastic and Reconstructive Surgery. 67:2, Feb. 1981.
- 42.- Khoo-Boo Chai M.D. The Pixie Earlobe: A Method Of Correction. Plastic and Reconstructive Surgery, 76:4, Oct. 1985.
- 43.- Klein Donald R. M.D.and Allan Rosenberg, Ph. D. A Comparison of Complications Between In-Hospital Patients and Out-Patients For Aesthetic Surgical Procedures: A 10 Years Study. Plastic and Reconstructive Surgery. May, 1980.
- 44.- Kligman Albert M, M.D., Ph.D., Thomas J. Baker, M.D. and Howard L. Gordon, M.D. Plastic and Reconstructive Surgery, 75:5, May, 1985.
- 45.- Kosé Neal M.D., Cigarette Smoking In Face Lift Patients. Plastic and Reconstructive Surgery. 75:2, March, 1985.
- 46.- Kraft Goin Marcia, M.D., Ph. D., R.W. Burgoyne, M.D. Ph.D. A Prospective Psychological Study of 50 Female Face Lift Patients. Plastic and Reconstructive Surgery, 65:4, April, 1980.
- 47.- Landázuri Hildebrando F. and Roberto B. Lino.

Ritidoplastia: La Incisión Preauricular de 4 Puntas.  
Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana, Vo. IX, No. 3,  
Julio-Agosto-Septiembre, 1983.

- 48.- Lemmonn Mark L. M.D. and Sam T. Hamra, M.D. Skoog Rhytidectomy: A 5 Years Experience With 577 Patients. Plastic and Reconstructive Surgery. 65:3, March, 1980.
- 49.- Levy Silva Sergio. Lifting Temporo-orbital Tecnica de Jost e Aston. (Metodizacão). Anais Do Simposio Brasileiro Do Contorno Facial. Sep. 1983.
- 50.- Lewis Carson M. M.D. Method For Immediate Measurement Of Skin Removed During Rhytidectomies. Plastic and Reconstructive Surgery, 69:4, April, 1982.
- 51.- Loeb Raul. Conceitos Anatomicos Na Reimplantacao do Lobulo Auricular Durante As Ritidoplastias Cervico-faciais. Anais Do Simposio Brasileiro Do Contorno Facial. Sep. 1983.
- 52.- Navarro Ceballos Ramón y Alvaro Quijano Vivas. Cirugía Estética Facial Múltiple. Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana, Vol. IX, No. 1, Enero-Febrero-Marzo, 1983.
- 53.- Marino Eduardo y Rizzo Eduardo. Nuestro Proceder en la Cirugía del Envejecimiento Facial. Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana, Vol. III, No. 2, Abril-Mayo-Junio, 1977.
- 54.- Mateo Santana Paulo Sergio. Metodologia Da Cirurgia Craneo-Maxilofacial em Ritidoplastias. Anais Do Simposio Brasileiro Do Contorno Facial, Sep. 1983.
- 55.- McKinney, M.D. and Brian T. Maywood M.D. Camouflage of the Postauricular Scar in Rhytidectomy. Plastic and Reconstructive Surgery. 69:2, Feb. 1982.
- 56.- McKinney, M.D. and David J. Natrana D.D.S., M.D. Prevention of Injury to the Great Auricular Nerve During Rhytidectomy. Plastic and Reconstructive Surgery, 66:5, Nov. 1980.
- 57.- Mitz V. M.D. and Peyronie M. M.D. The Superficial Musculo-aponeurotic System (SMAS) in the Parotid and Cheek Area. Plastic and Reconstructive Surgery. 58:80, 1976.
- 58.- Mottura Antonio A. y Francisco A. Occhiuzzi. Ritidectomia y Nervio Facial. Cirugía Plástica

Ibero-Latinoamericana, Vol. III, No. 2,  
Abril-Mayo-Junio, 1977.

- 59.- Owsley John Q. Jr. M.D. SMAS-Platysma Face Lift. Plastic and Reconstructive Surgery. 71:4, April, 1983.
- 60.- Owsley John Q. Jr. M.D. Medial Approximation of the Platysma in the Treatment of the Neck Deformities. Discussion. Plastic and Reconstructive Surgery, 67:5, May. 1981.
- 61.- Owsley John Q. Jr. M.D. Forehead Lift. Plastic and Reconstructive Surgery. Jun. 1982.
- 62.- Pitanguy Ivo. M.D. and Mario Pelle Ceravolo M.D. Hematoma Postrhytidectomy: How We Treat It. plastic and Reconstructive Surgery. 67:4, April, 1981.
- 63.- Pitanguy Ivo, M.D. Indications for and Treatment of Frontal and Glabellar Wrinkles in and Analysis of 3404 Consecutive Cases of Rhytidectomy. Plastic and Reconstructive Surgery. 67:2, Feb. 1981.
- 64.- Pitanguy Ivo, M.D. and Alberto M. Lot Caldeira. Aspectos Filosóficos e Psicológicos Da Cirurgia Do Contorno Facial Anais Do Simposio Brasileiro Do Contorno Facial. Sep. 1983.
- 65.- Pontes Ronaldo. Contribuicao ao Tratamento da Regiao Cervico-mandibular nas Ritidoplastias. Anais Do Simposio Brasileiro Do Contorno Facial. Sep. 1983.
- 66.- Psillakis J.M. and Godoy R. Annls of Plast. Surg. Vol 6 453-463, 1981.
- 67.- Rees T. D. and Wood-Smith D. Cosmetic Facial Surgery. Philadelphia. Saunders. 1973.
- 68.- Rees T. D. M.D. and Aston S.J. A Clinical Evaluation of the Results of Submusculo-aponeurotic Dissection and Fixation in Face Lifts. Plastic and Reconstructive Surgery 60:851, 1977.
- 69.- Rees T. D. M.D. and Craig Susan. The Effects of Smoking on Experimental Skin Flaps in Hamsters. Plastic and Reconstructive Surgery. 75:6, Jun, 1985.
- 70.- Ribeiro Adolpho P. Jr. Abordagem Pessoal no Tratamento da Regiao Cervical. Anais do Simposio Brasileiro do Contorno Facial. Sep 1983

- 71.- Rich John D. M.D. and Colonel, M.D. A Simple Method for Correction of the Pixie Earlobe. Plastic and Reconstructive Surgery, 49:1, January 1972.
- 72.- Ross Rudolph, M.D. and Marilyn Woodard, B.S. Ultrastructure of Elastosis in Facial Rhytidectomy Skin. Plastic and Reconstructive Surgery 67:3, March 1981.
- 73.- Schnur Paul L. M.D. and Boyd R. Burkhart M.D. The Second Look Technique in Face Lifts. Does it Work? Plastic and Reconstructive Surgery. 65:3, March 1980.
- 74.- Da Silveira Jacques Wilson e Vergilio Melchides Da Cas Neto. Ritidoplastia no Homen. Contribuicao Pessoal. Anais do Simposio Brasileiro do Contorno Facial. Sep. 1983.
- 75.- Skoog T., M.D. Plastic Surgery. Philadelphia: Saunders 1975.
- 76.- Sokol Anthony B. M.D. and Thomas P. Sokol M.D. Transblepharoplasty Brow Suspension. Plastic and Reconstructive Surgery. 69:6. June 1982.
- 77.- Solmer Richard M.D. Cigarette Smoking and Skin Flaps Survival in the Face Lift Patient. Plastic and Reconstructive Surgery. 75:2. Feb. 1985.
- 78.- Souther Sherman G. M.D. and Lars M. Vistnes, M.D. Medial approximation of the Platysma Muscle in the Treatment of Neck Deformities. Plastic and Reconstructive Surgery. 67:5. May 1981.
- 79.- Stark R. B. M.D. Aesthetic Plastic Surgery. Boston: Little Brown, 1980.
- 80.- Szpilman Marcos. O Estado Atual da Ritidoplastia em Homens. Anais do Simposio Brasileiro do Contorno Faciale Sep. 1983.
- 81.- Toledo Luis S. Acevedo L. Remodelagen dos Supercilios. Anais do Simposio Brasileiro do Contorno Facial. Sep. 1983.
- 82.- Tozzi Netto Francisco Antonio. Harmonizacao Global da Face no Homen. Anais do Simposio Brasileiro do Contorno Facial. Sep. 1983.
- 83.- Tucker Keneth R. The Forehead-Brow Lift. Comentary. Plastic and Reconstructive Surgery. 65:2. April 1983.

84.- Wolfe Anthony S. M.D. Cheen Advancement as an Aid in  
Correction of the Deformities of the Mental and Submental  
Regions. Plastic and reconstructive Surgery. 67:624,  
1981.