

REJUVENECIMIENTO FACIAL

FACIAL REJUVENATION

DR. DANIEL JACUBOVSKY L. (1)

1. DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA PLÁSTICA. CLÍNICA LAS CONDES.
djacobovsky@clc.cl

RESUMEN

El envejecimiento facial es un proceso único y particular a cada individuo y está regido en especial por su carga genética. El lifting facial es una compleja técnica desarrollada en nuestra especialidad desde principios de siglo, para revertir los principales signos de este proceso. Los factores secundarios que gravitan en el envejecimiento facial son múltiples y por ello las ritidectomías o lifting cérvico faciales descritas han buscado corregir los cambios fisonómicos del envejecimiento excursionando, como se describe, en todos los planos tisulares involucrados. Esta cirugía por lo tanto, exige conocimiento cabal de la anatomía quirúrgica, pericia y experiencia para reducir las complicaciones, estigmas quirúrgicos y revisiones secundarias. La ritidectomía facial ha evolucionado hacia un procedimiento más simple, de incisiones más cortas y disecciones menos extensas. Las suspensiones musculares han variado en su ejecución y los vectores de montaje y resección cutánea son cruciales en los resultados estéticos de la cirugía cérvico facial. Hoy estos vectores son de tracción más vertical. La corrección de la flaccidez va acompañada de un interés en reponer el volumen de la superficie del rostro, en especial el tercio medio. Las técnicas quirúrgicas de rejuvenecimiento, en especial el lifting facial, exigen una planificación para cada paciente. Las técnicas adjuntas al lifting, como blefaroplastias, mentoplastia, lipoaspiración de cuello, implantes faciales y otras, también han tenido una positiva evolución hacia la reducción de riesgos y mejor éxito estético.

Palabras clave: Envejecimiento facial, técnicas cosméticas, ritidoplastia.

SUMMARY

Facial aging is a unique and particular process to each individual and this is especially ruled by its genetic load. Facial lifting is a complex technique developed in our specialty since the beginning of the century, to reverse the main signs of this process. Secondary factors hanging in facial aging are many, and therefore, rithydooplasty or face lifting challenges are to

reverse the facial aging changes of all tissues and levels involved as described. This surgery, therefore, requires understanding of the surgical anatomy, expertise and experience to reduce complications, surgical stigmas and secondary revisions. Rithydooplasties have evolved into a simpler procedure, with shorter incisions and less extensive tissue undermining. The procedures of aponeurotic and muscle level suspension had changed, and today, more vertical vectors of skin pulling and resection are crucial in facial aesthetic surgery results. The correction of the sagging tissues is also achieved with the goals in replenishing the surface of the face, especially in the facial middle third volume. Surgical techniques of rejuvenation especially face lifting, require planning for each patient. The adjunctive techniques to face lifting, such as blefaroplasty, chin augmentation, liposuction of the neck, facial implants and others, have also had a positive trend towards reduction of risk and better aesthetic success.

Key words: Facial aging, cosmetic techniques, rithydooplasty.

INTRODUCCIÓN

El cirujano plástico del siglo XXI, enfrenta entre otros apremios de la medicina moderna, el agregar a una mayor supervivencia, una mejor calidad de vida. Esta es quizás la causa que mejor explica el que la cirugía estética y en particular la cirugía facial hayan presentado un desarrollo sin precedentes en los últimos años. La población recompensa la juventud y vitalidad, las generaciones estrechan lazos frente a la oferta de vivir más y mejor, los medios invaden con explosivas imágenes que reflejan "juventud y perfección" a la que todos pueden acceder.

Como en otros campos de la cirugía, la cirugía plástica es exigida hoy no sólo en procedimientos seguros para el paciente, sino a la vez, en resultados cada vez más precisos y asertivos en cuanto a la excelencia con que el cirujano plástico logre, con su experticia, cumplir las expectativas del paciente. Estas exigencias son mayores frente a los procedimientos de rejuvenecimiento facial, donde además se debe destacar la tendencia a procedimientos menos invasivos y que permitan una recuperación fácil y de pronta reinserción a las actividades cotidianas y laborales. El creciente

interés por revertir las alteraciones del envejecimiento facial y corporal, acompañan a la mayor preocupación por el bienestar, la autoestima y el entender que ello compromete los sentimientos que tenemos frente a nuestra autoimagen y las señales que ella trasmite a nuestros semejantes.

CONSIDERACIONES GENERALES

El envejecimiento facial es un proceso único y exclusivo a cada individuo y está ligado a su carga genética. Es acentuado por factores ambientales como la radiación solar (ultravioleta), la contaminación atmosférica y los hábitos o conductas individuales, entre las que destaca el tabaco y el stress. Clínicamente, es posible distinguir el envejecimiento cronológico (marcado por nuestro reloj biológico) y el producido por el foto daño (radiación actínica). En la piel expuesta de la cara, cuello, escote y dorso de manos se producen por la acción solar, alteraciones mayores como: desecación, pérdida de tonicidad, discromías, junto a la aparición de lesiones como léntigos y otras premalignas (queratitis actínicas). Hay una gradual disminución del colágeno y alteración de las fibras elásticas y se traduce en una atrófia cutánea, piel flácida y arrugada (craquelado cutáneo), a esta condición se la denomina "elastosis cutánea".

En la piel, la evidencia más prematura de los efectos del envejecimiento la constituye la acentuación de los surcos y líneas propios de la mímica facial, sistematizados por George Singer en 1963 (15). Las huellas que dejan en el rostro, son propias de la herencia, del carácter y de las vivencias personales. La particularidad de estas marcas cutáneas son así, el reflejo de la "historia personal" de cada individuo y depende del accionar de los 52 músculos faciales de la mímica y la expresión, culpables de la acentuación de las líneas y surcos. Se incluyen en el proceso al esternocleidomastoideo y platisma.

Con el paso de los años se produce una gradual pérdida de soporte de los tejidos blandos de la cara. Estos se vuelven más hipotónicos y por la acción gravitacional, caen siguiendo vectores verticales y oblicuos según el área. Los tejidos caen, quedando "suspendidos" en los puntos donde están los ligamentos de retención (zigomáticos, masetéricos, bucomandibulares y platismo-auriculares), lo que da un suero de "patrón" característico del envejecimiento (5). A ello se agrega una progresiva involución ósea con desplazamiento graso y flacidez muscular desdibujando los parámetros de juventud y belleza.

EVALUACIÓN Y PLANIFICACIÓN

Los signos de envejecimiento facial que motivan la consulta al cirujano plástico, comienzan a manifestarse alrededor de los treinta años, con la acentuación de líneas y surcos a los que se agrega una pérdida gradual de la turgencia cutánea, cambios del tejido graso y de la tonicidad muscular. Son estos cambios graduales de la fisonomía los que evaluamos de acuerdo a un orden que nos permita luego sugerir y planificar los procedimientos de rejuvenecimiento facial necesarios para revertir las alteraciones consultadas. De este modo, observamos las condiciones: **de la piel**, el envejecimiento y los cambios producidos en cada **tercio**

facial considerando simultáneamente los procedimientos de rejuvenecimiento facial adecuados a cada zona, tanto quirúrgicos como los mínimamente invasivos.

La entrega de una información y evaluación adecuadas permitirá a la paciente programar una cirugía atingente a sus necesidades y conseguir un resultado acorde con expectativas reales.

Piel

En una cirugía facial, el foto daño y el tabaquismo, son factores negativos en el pronóstico morbilidad y calidad de los resultados. Ellos afectan la calidad de la cicatrización como también existe el riesgo de focos de necrosis. Hay una relación directa entre el tipo de piel y la severidad del foto envejecimiento.

Ello hace necesario que en la evaluación de la piel envejecida, la consignemos de acuerdo con la clasificación de Fitzpatrick y Glogau; la podemos distribuir en 6 grupos que corresponden a distribuciones étnicas (coloración y respuesta a la acción solar) y con el foto daño ya existente.

• **Clasificación de Fitzpatrick:** (color de piel y acción solar)

I Piel blanca delicada que no logra tostarse, se quema severamente al sol.

II Piel blanca. Logra tostarse con dificultad, se quema fácilmente al sol.

III Piel blanca/morena clara. Tostado moderado. Se quema moderadamente.

IV Piel morena clara. Tostado moderado fácil. Se quema lo mínimo.

V Piel morena oscura. Rara vez se quema.

VI Piel negra o café oscura. Nunca se quema.

• **Foto envejecimiento.**

Para cuantificar el grado de foto envejecimiento usamos la Clasificación de Glogau:

I Leve (28 a 35 años) arrugas y líneas incipientes, dinámicas, sin lesiones cutáneas asociadas.

II Moderado (35 a 50 años) arrugas más evidentes, lesiones actínicas incipientes. Requiere maquillaje moderado.

III Avanzado (50 a 65 años) Arrugas estables, líneas en reposo. Discromías y lesiones actínicas. Uso permanente de maquillaje.

IV Severo (60 a 75 años) Foto envejecimiento severo, con arrugas profundas y persistentes, cambios faciales gravitacionales y abundantes lesiones cutáneas solares. Poca cobertura con el maquillaje.

Las condiciones de la piel son gravitantes tanto en la calidad de los resultados como la persistencia de los resultados en el tiempo.

TERCIOS FACIALES

I Tercio Superior

-Región Frontal:

Importa consignar la altura frontal y condiciones de inserción pilosa.

Si se planifican procedimientos con cicatrices pre-pilosas o cirugía endoscópica (3), las cicatrices en esta zona podrían ser evidentes sin una adecuada densidad pilosa.

En esta área la acción muscular que ejerce el frontalis y corrugator como las depresiones temporales son importantes para decidir el plan de tratamiento el que puede tener diversas alternativas, como: procedimientos no invasivos entre los que podemos enumerar la denervación química de los músculos mencionados con toxina botulínica, implantes semi líquidos como el ácido hialurónico o lipoinyección de la zona del entrecejo.

Dentro de los procedimientos invasivos quirúrgicos están: el lifting frontal coronal y el endoscópico. Estos ofrecen un tratamiento más definitivo de los músculos frontalis y corrugator a la vez que nos permite elevar las cejas habitualmente ptosadas (13).

-Cejas: Con los años hay un descenso de la cola de la ceja y cambio de su eje. La evaluación debe consignar además, su motilidad y posibles asimetrías.

- Párpados: El envejecimiento de los párpados conlleva a una atrofia cutánea y aparición de chalasis o excedente de la piel con herniación de la grasa orbitaria en la forma de bolsas de variada intensidad, producidas por la debilidad del septum orbitario. La blefaroplastia o tratamiento quirúrgico de estas alteraciones, es sin duda, la cirugía más frecuente y solicitada en tratamiento del envejecimiento facial. Su demanda es creciente en el grupo etario entre 30 y 40 años.

Los avances logrados en las blefaroplastias han permitido cambios importantes; de ser una técnica básicamente resectiva de piel y grasa, hoy se cuida en especial la funcionalidad del párpado. Autores como Camirand, De la Plaza y Lessa, entre otros, enfatizaron en procedimientos que cuidan estos aspectos funcionales del párpado, contribuyendo a disminuir las secuelas más frecuentes como:

- Incompetencia palpebral y "ojo seco" de distinto grado, por sobre resección de piel, que en casos más severos evidencia una exposición

anormal de la esclera por retracción y eversión palpebral, esta secuela recibe el nombre de "ectropión".

- La exagerada resección de grasa, puede provocar un hundimiento secundario del ojo dando un aspecto de "ojo senil"(sunken eye). Existen dos tipos abordaje: transconjuntival y transcutáneo, el primero permite tratar las bolsas inferiores evitando: la incisión cutánea y disminuyendo el traumatismo del músculo orbicular el problema que implica es si hay un excedente cutáneo se trata separadamente sin seccionar el músculo.

El abordaje transcutáneo, consiste en una incisión cutánea por debajo de la pestañas que puede ser cutáneo o bien músculo cutáneo, si lleva o no músculo en su colgajo. Con este método las bolsas inferiores se exponen muy bien y permite la exéresis de la piel sobrante.

Un concepto importante que busca optimizar los resultados, es que hoy, gracias a un mayor conocimiento anatómico de los tejidos vecinos, susceptibles de ser tratados en el curso de una blefaroplastia, podemos realizar una "blefaroplastia ampliada" y que reviste un gran avance, puede consistir en el tratamiento del:

- Roof (retro orbicularis oculi fat). Corresponde al aumento de la grasa sub orbitaria (bajo el orbicular), que puede dar un parpado vultuoso. Su tratamiento permite mejorar el resultado estético de la blefaroplastia y puede mejorar la posición de la cola de la ceja elevándola al suspender este tejido graso-conjuntivo al periostio frontal.

-La grasa inferior o Soof (sub orbicularis oculi fat) puede igualmente con su suspensión, adicionar mejor tratamiento del área sub. palpebral y tercio medio facial.

-El canto lateral u externo puede ser suspendido al reborde orbital mejorando el eje de la ojiva palpebral.

- En el curso de la blefaroplastia superior ampliada se pueden tratar las fibras del depresor de las cejas y el corrugator (Figura 1).



Figura 1. Bolsas palpebrales. Tratamiento de bolsas grasas y dermochalasis leve.

II Tercio Medio

En el área malar es donde encontramos el mayor desafío en la reversión de las alteraciones del envejecimiento, ya que esta grasa, se desplaza y atrofia, quitando al rostro uno de los elementos más significativos de juventud. Su reposición tiene que ver con los conceptos modernos, buscando como enfatiza Little y otros (10), lograr la "reposición volumétrica". Esto significa reposicionar cada estructura en su lugar de origen y recrear el volumen estético perdido por el desplazamiento de los tejidos hacia abajo. La corrección mediante la suspensión vertical del SMAS ha corregido en gran parte la pérdida volumétrica elevando la grasa malar (12).

III Tercio Inferior

Los aspectos más relevantes a corregir en este tercio son:

Los labios, la línea mandibular y el mentón.

En el envejecimiento labial observamos líneas verticales acentuadas (especialmente en fumadoras), una severa ritidosis con alargamiento del labio superior y pérdida de volumen global.

La línea mandibular se deforma por el desplazamiento de grasa que "cuelga" sobre el ligamento suspensorio mandibular (Furnas) formando un abultamiento o "jowl" que es corregida durante la suspensión pre auricular del SMAS. La lipoaspiración en esta área, puede lesionar la rama marginal mandibular del facial (4).

Cuando el mentón se encuentra poco proyectado podemos mejorar su aspecto estético mediante la inclusión de un implante. Dentro de los implantes más usados están los de silicona y de Porex (Figura 2).

REGION CERVICAL:

El cuello es una de las zonas de mayor alteración en el proceso de envejecimiento y sin dudas una de las causas más frecuentes de consulta.

Un cuello joven y bello se define como aquel que presenta los siguientes parámetros:

- Línea mandibular bien definida.
- Altura adecuada.



- Buena proyección del mentón.
- Ángulo cérvico mentoniano y cérvico mandibular armónicos.
- Libre de depósitos grasos.

El envejecimiento y acúmulo de grasa, puede llevar a la pérdida total de los parámetros que señalamos, ocultando la línea mandibular, presentar distintos grados de lipomatosis o depósitos grasos: en la región anterior o submentoniana y laterales ("jowls" o mofletes). Se puede observar hipertrofia o ptosis de las glándulas submaxilares entre otras alteraciones. Se debe evaluar en especial las bandas platismales anteriores (Figura 3), si son muy evidentes, exigen un acceso medial o submentoniano para dar soporte mediante la miorrafia del borde anterior del platisma (7).

RIDECTOMIA O LIFTING FACIAL

HISTORIA

Al revisar la historia del lifting facial o ridectomía, presenciemos las variaciones en un sin número de técnicas quirúrgicas desarrolladas a través de los años. Hoy podríamos describir esta cirugía, como: un grupo de técnicas, desarrolladas en la vertiente estética de la cirugía plástica, para revertir los principales signos del proceso de envejecimiento facial, secundarios a la pérdida de sostén de los tejidos blandos de la cara y cuello.

Passot en 1919 describía incisiones cutáneas múltiples temporales y pre auriculares para tensionar la piel facial flácida. Lexer publica en 1931, su técnica de disección sub-cutánea, con una cercanía a los criterios modernos. No hubo cambios significativos en la evolución de la ritidoplastia, hasta mediados de 1970, en los que se describe el Sistema Músculo Aponeurótico Superficial o SMAS.

Tord Skoog, publica su técnica, (1969, 1972, 1973). Propone reponer el sistema fascio-muscular, dando inicio a la evolución de los conceptos que rigen esta técnica hasta nuestros días. En su publicación (16), describe un análisis de la mecánica del envejecimiento y la importancia del desplazamiento que sufren los músculos cutáneos o de la mímica, en especial el platisma y orbicular de los párpados y los hace responsables de la formación de pliegues y bandas cervicales. Señala que la corrección solo de la piel, ignorando estos conceptos, compromete el resultado de esta cirugía.



Figura 2. Corrección de tercio inferior. Lifting "corto" más implante de mentón.

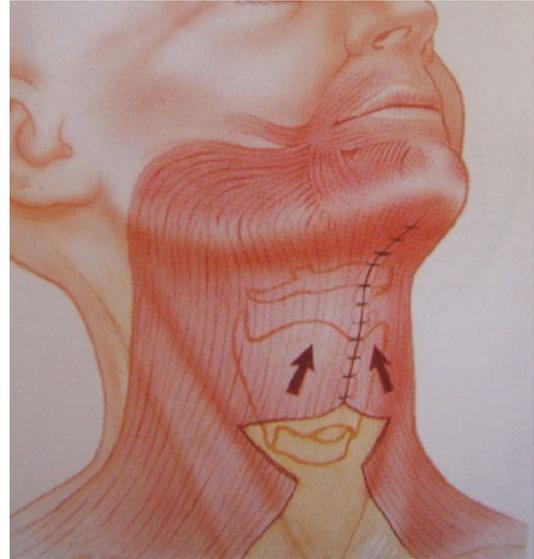


Figura 3. "Jowls" y Bandas platismales. Miorrafia de bordes anteriores del platisma

CRITERIO DE SELECCIÓN DEL PACIENTE

En la medicina moderna son cada vez más los pacientes que solicitan cirugía plástico-estética por presentar una inconformidad variable con su imagen (ego-distonia).

El cirujano plástico debe tener la adecuada formación para distinguir si la corrección física puede corregir y equilibrar la auto imagen del paciente, cubrir sus expectativas, causarle un bienestar y mejorar su calidad de vida (14).

El individuo emocionalmente estable, realista y con motivaciones claras, es un buen candidato para una cirugía estética. Los pacientes psíquicamente inestables, pacientes con deterioro actínico y los obesos, son malos candidatos para efectuar una ridentomía. Factores de cuidados representan los portadores de hipertensión, diabetes, cardiopatías, enfermedad tromboembólica y otros cuadros, sin ser excluyentes, limitan la selección. En el grupo entre los 40 y 55 años se pueden esperar los mejores resultados de esta cirugía.

CIRUGÍA

Casi en el 100% de los casos como la ritidoplastia debe involucrar la corrección del cuello y la cara, siendo inseparables en este procedimiento (8). Deben tratarse armónicamente y con igual énfasis la corrección de los vectores de envejecimiento en el cuello y segmentos faciales. El cuello y la cara son unidades estéticas inseparables y el corregir el cuello necesariamente arrastra la corrección de la cara.

Anestesia

Se puede realizar este procedimiento, mediante anestesia local más una sedación asistida con un adecuado monitoreo. El uso de vasoconstrictor (epinefrina 1/200.000), permite una disección fácil, pero su efecto de

rebote y eventual hipertensión secundaria a absorción puede generar sangramiento y hematomas. La anestesia general es la mejor opción, la colaboración del anestesista debe permitir un manejo postoperatorio libre de incidentes que puedan derivar también en sangrado o complicaciones por náuseas, vómitos, dolor, angustia o hipertensión.

Técnica

La técnica de lifting facial convencional, consiste en la creación de un colgajo cérvico-facial dermograso, mediante un acceso desde incisiones peri-auriculares de trazado variable según la extensión de piel a resear, suspensiones musculares y resección de adiposidades necesaria (6). Luego de la resección de los excedentes cutáneos y tratamiento muscular, se produce un "apriete" global de los tejidos de la cara y cuello, consiguiendo de este modo, un procedimiento que es reconstructivo y rejuvenecedor y que puede corregir los cambios anatómicos producidos por la vejez.

Incisiones y disecciones

Con variantes adecuadas a cada paciente, las incisiones circundan el pabellón auricular y en los casos que se requiere tratar las bandas platismales, se agrega una incisión sub-mentoniana. Las incisiones peri-auriculares, adoptan en general, la forma de una "V". En el área pre auricular, la incisión parte en la zona temporal pudiendo descender por el borde pre-piloso de la patilla se oculta siguiendo el contorno del pabellón, lóbulo y el borde del trago, continuamos por el surco retro auricular para terminar en el cuero cabelludo con una inclinación que permita resear los excedentes cutáneos sin dejar "orejas" ni dañar los folículos pilosos.

Los pacientes con flaccidez y excedente cutáneo moderados, se benefician de los lifting cortos o verticales, en los que las incisiones solo se extienden al área pre auricular y las disecciones cervicales son mínimas

(18). Este procedimiento es suficiente en la mayoría de los pacientes que hoy demandan una ritidoplastia (Figura 4).

TÉCNICA

La disección debe ser cuidadosa en los planos para asegurar la supervivencia de los colgajos y adaptar variantes a cada caso. En esta cirugía el conocimiento e identificación de los planos faciales son fundamentales, estos son: piel, tejido celular sub-cutáneo, sistema músculo aponeurótico (SMAS), músculos miméticos, fascia parotidea o facial profunda, plano del nervio facial y estructuras profundas como el conducto de Stenon, Bola adiposa de Bichat, arteria y venas faciales.

1. Suspensión músculo aponeurótica

- *SMAS*: Sistema Músculo-aponeurótico superficial. Está por debajo de la piel y tejido celular subcutáneo. Constituido, en la cara, por una fascia de tejido fibroadiposo que hacia cefálico constituye la fascia temporal superficial, extendiéndose hacia el cráneo y otras áreas faciales y hacia caudal continúa con el músculo platisma. Forma una unidad con los músculos de la mímica subyacentes y transmite su accionar a la piel (2). *SMAS* es fijo sobre la parótida y laxo por delante y hacia abajo de ella. Con el envejecimiento la mejilla se desplaza inferiormente colgando de los

ligamentos zigomáticos y mandibulares originando una vultuosidad que desciende por debajo de la mandíbula y da origen a los mofletes o Jowls. La corrección de la laxitud de este plano, busca recuperar una buena proyección volumétrica del tercio medio de la cara, definición del reborde mandibular, mejorar el surco naso geniano y elevar la comisura bucal.

-*PLATISMA*: Este músculo constituye el sostén muscular del cuello, con el paso de los años puede alargarse y separar sus bordes anteriores (bandas platismales).

La corrección de estas alteraciones, puede requerir de: 1. Miorrafia anterior. 2. Suspensión pre auricular 3. Suspensión retro auricular (1). La suspensión músculo-aponeuróticas se realizaran de acuerdo a la severidad de la ptosis o flaccidez cérvico-facial.

2. Suspensión pre- auricular

La suspensión del *SMAS* pre-auricular asegura la pexia cervical lateral y anterior, y elevan la mejilla y cuello. El *SMAS* supra - parotídeo es fijo y sirve para suspender y traccionar la porción del *SMAS* de la mejilla que es más laxo. Esta pexia logra resultados excelentes en cuellos delgados y flácidos (Figura 5). A este nivel, debe evitarse la lesión de la rama bucal del nervio facial.



Figura 4. Lifting "corto" de incisión pre-pilosa (patilla). Disección y cicatriz.

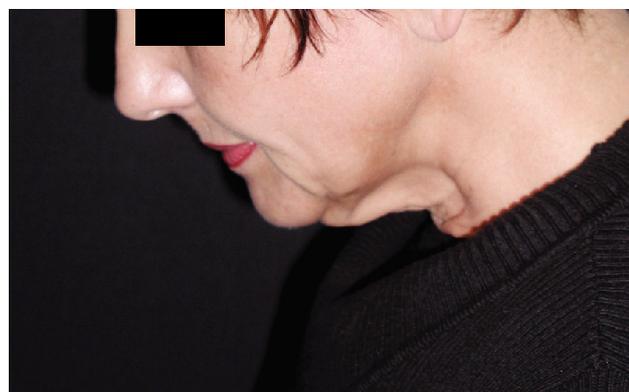


Figura 5. Lifting convencional con miorrafia anterior del platisma.



3.- Suspensión retro auricular

En los casos más severos, preferimos tallar un colgajo oblicuo de SMAS por delante de la glándula parotídea y luego rotarlo y suspenderlo sobre la mastoidea. La plicatura del borde posterior del platísmo, completa la definición del reborde mandibular y devuelven el aspecto cilíndrico y juvenil al cuello.

Tratamiento de la grasa

La resección, tiene por finalidad retirar el acúmulo de grasa en el área del sub-mentoniana, y submandibular es una de las maniobras que puede dejar secuelas, como acúmulos asimétricos y secuelas fibrosas anteriores muy notorias. En el retiro de la grasa puede usarse la lipoaspiración con cánulas finas o bien el retiro con tijera. También puede ser útil el uso de lipoaspiración ultrasónica.

Montaje y resección de Piel

El excedente de piel o dermochalasis, es corregido al final de la cirugía junto con el montaje cutáneo en el entorno auricular. La tracción debe evitar pliegues secundarios y dejar un aspecto disarmónico (aspecto de "cara operada"). Lo primero es fijar el punto retroauricular, suspendiendo el colgajo cutáneo con una tracción oblicua hacia arriba moderada y reseca el excedente de piel, respetando la línea pilosa posterior. Luego se fija el punto anterior supra-auricular, evitando el desplazamiento de la patilla al elevar verticalmente la piel. Se reseca la piel por el borde posterior del hélix y expone el lóbulo de la oreja conservando al máximo, la naturalidad de este. Por último, se retira el excedente de piel frente al trago, cuidando mantener un montaje cutáneo prolijo que conserve su estructura (11).

El cuidadoso manejo de las resecciones de la piel, su tensión y sutura deben reproducir las curvas de la oreja con naturalidad y sin pliegues. Hace de esta cirugía un arte de resultados muy dependientes del operador (Figura 6).



Figura 6. Secuencia del montaje y exéresis cutánea.

Técnicas Adjuntas:

El lipoinjerto o lipoinyección facial es la técnica adjunta al facelift muy usada, es un relleno facial autólogo para aumentar los pómulos, labios y surcos naso genianos.

No recomendamos usar toxina botulínica durante cirugías faciales por la distorsión que los edemas puedan causar en la apreciación de su efecto.

Otros procedimientos que agregan juventud al tercio medio facial, son: la corrección de la posición de una punta nasal caída mediante una "rinoplastia mínima" que consiste en aumentar un ángulo naso labial disminuido y llevarlo a algo mayor de los 90° (agrega juventud al rostro y es de corta ejecución) y la plastia del lóbulo cuando este se presenta grande y caído.

Las arrugas del labio, exige tratar: la piel mediante una abrasión (exfoliación) que puede ser: mecánica, peeling químicos o la ablación con láser.

La dermoabrasión mecánica, ofrece clara ventajas sobre las otras por ser de fácil ejecución, menor complejidad, resultados predecibles, tiempo corto de recuperación y menor costo.

La disminución de volumen labial provoca un aplanamiento del bermellón, de las columnas del filtro y arco de cupido, pueden ser corregidos mediante un lift labial y/e uso preferente de rellenos reabsorbibles o fillers (11).

Complicaciones

La más frecuente, sin duda, es el hematoma (2-4%), se observa la mayoría de las veces precozmente en las primeras 24 horas. En un alto porcentaje está asociado a una crisis hipertensiva post operatoria o en una situación de stress por dolor o vómitos. Se debe drenar de inmediato para evitar



daño a la piel y hacer hemostasia de los puntos sangrantes. El uso de curación abierta, ha permitido disminuir la incidencia de los hematomas y del edema facial prolongado causado por las antiguas curaciones compresivas. Estas dificultaban el drenaje venoso y linfático causando un problema adicional. Las disestesias en la zona pre-auricular son frecuentes y regresan junto con el edema en un periodo de 3 a 6 semanas. Las lesiones nerviosas más graves, se producen por lesión del elevador de la cola de las ceja, rama temporal del facial (caída de la ceja) o del ramo mandibu-

lar del facial (caída de comisura), en muchas oportunidades causada por el traumatismo de la lipoaspiración o la inyección de anestesia. Aunque excepcionales, estas se recuperan en un alto porcentaje. Otras complicaciones son las alopecias en las incisiones del cuero cabelludo, necrosis de bordes de herida provocadas por tracción extrema o fumadores severos. Las cicatrices inestéticas, que con frecuencia se deben al cierre muy tenso. Cicatrices hipertróficas. Por último las infecciones que son muy raras y responden fácilmente a la terapia local (17).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Baker, T, Gordon y Stuzin : Surgical rejuvenation of the face. C. V Mosby, San Luis, second edition 1996.
2. Barry M. Jones (Rajiv Grover) : Cirugía de rejuvenecimiento facial. Elsevier. Barcelona 2009.
3. Bela Fodor, P y Isse N.: Endoscopically Asisted Aesthetic Plastic Surgery.
4. Brooke R. Shekel: Facial Danger Zones. QMP, Inc. St, Missouri 1994.
5. Castañares Salvador: Ritidectomía cérvico facial. Aspectos generales. : Cir. Pl. Rec. y Estética. Coiffman F. T-III Cap.286. Masson-Salvat S.A. Barcelona 1994.
6. Connell Bruce F. y Semlacher Roy : Contemporary deep layer facial rejuvenation: Plast. Reconstr. Surg. 100, 1513, 1997.
7. Guerrerosantos, J, Aesthetic neck lift. Clin. Plast. Surg. 10, 3, 1983.
8. Hamra Sam, T : Composite Rhytid ectomy : QMP, Inc. St, Missouri 1993.
9. Lemmon, Mark L.: Color Atlas of SMAS Rhytidectomy. Thieme. John M. Goin, M.D. Series Editor 1984.
10. Little J. William: Three-dimensional Rejuvenation of the midface: Plast. Reconstr. Surg. 105, 267, 2000.
11. Nahai Foad, Saltz Renato, Thauanar Borba: The Art of Plastic Surgery. Chapter 7 (170-193). QMP, Inc. St. Louis, Missouri 2005.
12. Pitanguy Ivo : Ritidoplastía facial y cervical. : Cir. Pl. Rec. Y Estética. Coiffman F. T-III Cap.287. Masson-Salvat S.A. Barcelona 1994.
13. Owsley, J.: Face lifting: Problems, solutions and an outcome study. Plast. Reconstr. Surg. 105, 303, 2000.
14. Rees and LaTrenta: Aesthetic Plastic Surgery. W. B. Saunders Company Philadelphia, 1980.
15. Singer George: Nomenclature for Lines and Grooves of the Face: Plast. Reconstr. Surg. Vol.91. N°3- 540, March, 1993.
16. Skoog Tord : Atlas de Cirugía Plástica. Salvat Edit. S.A, Mallorca Barcelona 1976.
17. Stuzin, JmM., y Baker, T.J : Reoperative Rhytidectomy . In Reoperative Aesthetic and Reconstructive Surgery. St. Louis : QMP, Inc. 1995 .P. 211.
18. Tonnard Patrick L. and Verpaele Alexis M.: The MACS-Lift Short scar Rhytidectomy. QMP, Inc. 2004.

El autor declara no tener conflictos de interés, en relación a este artículo.