

Goulart Jr., R.; Scipioni, A.P.

Ritidoplastia: sutura del sistema SMAS-Platisma e importancia de la filosofía de la naturaleza

Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana, vol. 39, núm. 2, abril-junio, 2013, pp. 105-119

Sociedad Española de Cirugía Plástica, Reparadora y Estética

Madrid, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=365533930001>

Cirugía Plástica
Ibero-Latinoamericana

Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana,

ISSN (Versión impresa): 0376-7892

ciplatin@gmail.com

Sociedad Española de Cirugía Plástica,

Reparadora y Estética

España

Ritidoplastia: sutura del sistema SMAS-Platisma e importancia de la filosofía de la naturalidad

RithydoPlasty: SMAS-Platisma suture and the importance of naturality concept



Goulart Jr., R.

Goulart Jr., R.*, Scipioni, A.P.*

Resumen

La ritidoplastia ha pasado por incontables cambios técnicos en relación a los colgajos cutáneos o a los musculares involucrados en el procedimiento. Inicialmente solo se realizaba la tracción de la piel con resultados muy variables; con el tiempo y con un mejor conocimiento de la anatomía facial, los resultados han evolucionado hasta la estandarización de la tracción de las estructuras faciales que en la actualidad es mucho más muscular, realizando sobre la piel solamente el ajuste de la cobertura al nuevo contorno facial.

El objetivo de este artículo es demostrar la eficacia de la sutura simple del sistema SMAS-Platisma y la importancia de considerar una filosofía de la naturalidad que será la base de una técnica moderna de ritidoplastia.

Revisamos un total de 617 pacientes, todas de sexo femenino, que se sometieron a ritidoplastia simple o combinada con otras cirugías en el periodo comprendido entre enero de 1992 a diciembre del 2010. La edad osciló entre los 37 y 75 años. Las cirugías combinadas incluyeron: reducción mamaria, mastopexia, abdominoplastia, implantes mamarios, cirugía de los párpados, rinoplastia, liposucción, cirugía vascular y cirugías ginecológicas. El número de pacientes en las que solo se realizó la ritidoplastia fue 326.

Los índices de complicaciones estuvieron entre el 0,16% y 1,13% con relación a cada complicación estudiada, siendo el total del 4,03%.

El estudio retrospectivo mostró la eficiencia de la sutura simple del sistema SMAS-Platisma y los resultados naturales que se pueden obtener incluso con las cirugías combinadas. Todas las pacientes quedaron satisfechas con los resultados y consideramos que los índices de complicaciones estuvieron en niveles aceptables.

A nuestro juicio, la ritidoplastia, por encima de otras cirugías estéticas, necesita de una rutina técnica eficiente y de un concepto filosófico basado en la más pura naturalidad, que necesita ser independiente de las modas, de las exigencias de la industria y de la mente insatisfecha de las pacientes. Es muy importante que los cirujanos plásticos sean firmes y conduzcan la cirugía con el único propósito de obtener un resultado natural.

Palabras clave Ritidoplastia, Estiramiento facial, Cirugía de la cara, SMAS, Platisma.

Código numérico 26-260

Abstract

RithydoPlasty has been done with standards and new procedures for the last years with great changes in its results. In the beginning, only the skin strength was done with poor results. With a better knowledge about facial anatomy the results has gotten better and changed with a major standards and strengths are done over the muscular framework. The skin, now, only has the cover function over the new facial contouring.

The purpose in this paper, is to show the efficiency of SMAS-Platisma suture and the importance of a natural philosophy that it be the basis over a modern rithydoPlasty technique.

A total of 617 patients underwent rithydoPlasty, all of them female. The surgeries were either alone or combined with additional surgery, between January 1992 and December 2010. The age ranged between 37 and 75 years old.

Combined surgeries included: breast reduction, mastopexy, abdominoplasty, breast implant, blepharoplasty, rhinoplasty, lipoplasty, vascular surgery, hysterectomy and other gynecology surgeries.

Three hundred twenty six patients underwent rithydoPlasties alone. Complication rates were between 0,16% to 1,13% according each complication founded and 4,03% in total.

This review showed the efficiency of a SMAS-Platisma suture and the importance of philosophy of naturality that should be the basis over the technique and the natural results that can be achieved even with combined surgeries. All the patients were satisfied with the outcomes and the post- operatory complications were in acceptable levels.

In our opinion, rithydoPlasty beyond the other aesthetic surgeries, needs a philosophical concept based over the most pure naturality that also needs to be independent from de fashion, the demands from de industry and from the unsatisfied minds of the patients.

It is very important that the plastic surgeons have strong routines and guide de procedure with the only purpose to obtain a natural result.

Key words Rhytidoplasty, Face lifting, Facial surgery, SMAS, Platysma.

Numeral Code 26-260

* Especialista en Cirugía Plástica y Estética.
Práctica privada. Florianópolis, Brasil.

Introducción

La cirugía facial se ha desarrollado desde la década de los 50, cuando este tipo de cirugía estética empezó a realizarse a mayor escala, aparecieron patrones de técnica quirúrgica y publicaciones al respecto (1). Al principio este tipo de cirugía se realizaba con poco despegamiento de la piel y tracción exclusivamente cutánea. En la década de los 70 con Mitz y Peyronie apareció una gran evolución tras el descubrimiento del SMAS y la posibilidad real de que las fuerzas de tracción fueran aplicadas sobre los músculos de este sistema más que sobre la piel (2).

Las cirugías de ritidoplastia cambiaron y la posibilidad de obtener una mayor naturalidad y duración de los resultados entusiasmó a todos los cirujanos. Si hoy disponemos de un mejor conocimiento de la anatomía de la cara y una profundización de los límites de la cirugía facial es gracias a estos estudios y a esos cirujanos pioneros (1, 2).

A pesar del descubrimiento del SMAS y de todo el conocimiento anatómico y tecnológico obtenido tras todos estos años, aún seguimos observando resultados demasiado artificiales, en ocasiones hasta desfigurantes de la cara, o resultados de poca duración y significado tras mínimas cirugías faciales. El problema está en la falta de un concepto filosófico que sea la base de la técnica de ritidoplastia.

En toda actividad humana existe siempre una idea que origina un concepto que se pone a prueba científicamente. En la cirugía de ritidoplastia esto no es diferente. El cirujano que desea hacer una buena cirugía estética de la cara, con máximo respeto al paciente y a su identidad facial, tiene por obligación elegir una filosofía que sea la base de sus acciones, desde el diagnóstico hasta el resultado final de la cirugía. Los resultados artificiales que encontramos por todo el mundo son debidos a la falta de este sentido filosófico, lo que obliga al cirujano a buscar en la ilusión de la tracción excesiva de la piel una respuesta para el inevitable envejecimiento del ser humano (3).

Lo que proponemos en este artículo es un concepto de naturalidad absoluta, sin espacio para cualquier duda o miedo en su aplicación (4) (Fig. 1). El concepto de naturalidad en la Cirugía Plástica y Estética, y en especial en la cirugía de la cara, es una obligación para todos los cirujanos que deseen realizar esta intervención en un nivel superior y que respeten la identidad e integridad del ser humano; debe estar presente en todas sus cirugías como una disciplina que se reforzará con la práctica.

La naturalidad e individualidad de cada paciente está por encima de las modas, de la industria, de los conceptos artificiales y empobrecidos de belleza que unos individuos imponen a otros sin tener la más remota idea de lo que es verdaderamente la belleza natural del ser humano. (Fig. 2). De esta forma, el resultado de la cirugía mantendrá absolutamente todas las características anatómicas originales de la cara, todas las características del

grupo etario del paciente, todas sus características individuales que le hacen un ser único y no una cara más operada y deformada en nombre de la técnica (3-6) (Fig. 3).

La tracción excesiva o exclusiva sobre la piel y la falta total de un concepto estético de naturalidad hacen que muchos cirujanos entiendan la cirugía facial como una simple cirugía de tracción máxima y de rejuvenecimiento máximo, lo que conlleva unos resultados sin significado personal para el paciente (7).

Lo más importante es entender que, especialmente en el caso de la cirugía de la cara, se busca una juventud moderada, el mínimo posible de tracción, el total mantenimiento de las características originales del paciente y por lo tanto, no se debe tener miedo a las arrugas (3-7). No hay que ceder ante el clamor del estiramiento absoluto o de la búsqueda de la juventud absoluta y con ello, de los malos resultados. En la ritidoplastia hay que imponer la condición de médico por encima de la condición de cirujano plástico y explicar con claridad a los pacientes todos los detalles y la importancia de un resultado natural sobre un resultado artificial impuesto por una sociedad que ha perdido los parámetros de naturalidad e incluso del sentido común.

En este sentido, buscando la simplicidad y eficiencia, creemos que la simple sutura del sistema SMAS-Platisma de acuerdo con los vectores de tracción, presenta evidencia de su practicidad, seguridad, durabilidad y se encuentra perfectamente dentro de las exigencias del concepto filosófico de naturalidad al generar resultados muy naturales relacionados con la suavidad y flexibilidad intrínsecas de la técnica (3-10) (Fig. 4).

Material y método

Revisamos retrospectivamente un total de 617 ritidoplastias realizadas durante el periodo comprendido entre enero de 1992 y diciembre del 2010, todas ellas en pacientes de sexo femenino, con edades que oscilaron entre los 37 y 75 años.

En 404 pacientes realizamos ritidoplastia tradicional, siempre con tratamiento del SMAS, despegando y traccionando el colgajo del sistema músculo-aponeurótico superficial; y en los últimos 213 pacientes llevamos a cabo solo tratamiento del SMAS mediante sutura del mismo con hilo reabsorbible siguiendo los vectores de tracción sugeridos por Baker (5). Del total de pacientes, en 326 llevamos a cabo ritidoplastia aislada (incluyendo blefaroplastia) y en 291 hicimos ritidoplastia combinada con otras cirugías estéticas, ginecológicas y vasculares (Tabla I y Gráfico 1).

En las pacientes fumadoras, que necesitaban perder peso (sobrepeso por encima de 15 kg de su peso ideal) o que fueron clasificadas ASA II, III o IV, contraindicamos el procedimiento. A las fumadoras se les indicó que debían interrumpir el hábito 30 días antes y 30 días después de la fecha de la cirugía.



Fig. 1. Ritidoplastia y blefaroplastia. Naturalidad en el resultado con colgajo de SMAS-Platísmo. Pre y postoperatorio a los 4 meses.



Fig. 2. Ritidoplastia y blefaroplastia. Colgajo SMAS-Platisma. Pre y postoperatorio a los 3 meses.



Fig. 3. Ritidoplastia y blefaroplastia . Mantenimiento de las características del grupo etario de la paciente con colgajo de SMAS-Platisma. Pre y postoperatorio a los 4 meses.



En todos los casos utilizamos drenajes de succión en el postoperatorio que fueron retirados al día siguiente de la intervención, así como drenaje linfático manual (11).

Antes de la cirugía diseñamos los límites de la disección y marcamos las incisiones con azul de metileno. Infiltramos el colgajo mediante jeringa de 20 ml y catéter intravenoso del 18 con una mezcla de 300 ml de solución salina, 1 ml de adrenalina al 1:1000 y 40 ml de lidocaína al 2% sin vasoconstrictor. En los casos en los que la cirugía se realizó bajo sedación, adicionamos a esa mezcla 10 ml de bicarbonato sódico al 8,4%.

Nuestra rutina en las ritidoplastias se basa en una atención absoluta al sistema SMAS-Platisma (100% de los casos), y el despegamiento del colgajo de piel es únicamente una vía de acceso para llegar a los músculos.

Comenzamos con la disección cutánea que incluye siempre un despegamiento amplio de la la región submentoniana uniendo las dos hemicaras en esta zona (6). Después, hacemos también en el 100% de los casos una liposucción en régimen abierto con cánula n° 4. Continuamos con una incisión submentoniana para la sutura del platisma medial y practicamos las suturas del SMAS en el tercio medio de la cara de acuerdo con Baker (5). Desde que iniciamos la sutura del SMAS-Platisma hace 6 años lo hacemos con una variación de la técnica de Baker. El autor hace la sutura o resección con sutura del SMAS-Platisma en el tercio medio de la cara siguiendo a través del ángulo mandibular y fijando el músculo platisma en su porción cervical a la mastoide. Nosotros hemos preferido hacer la sutura del SMAS en el tercio medio de la cara y el despegamiento parcial del borde externo del platisma desde el ángulo mandibular hasta aproximadamente la mitad inferior del músculo, para entonces fijar éste en la mastoides. El vector de tracción de la sutura del SMAS en el tercio medio es más vertical

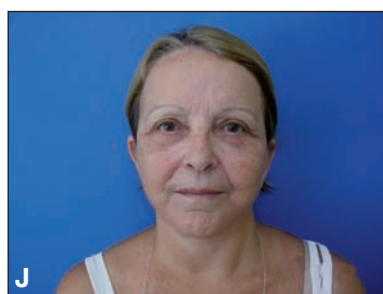
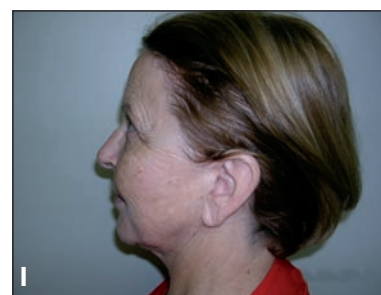
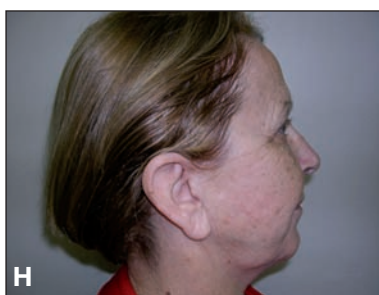
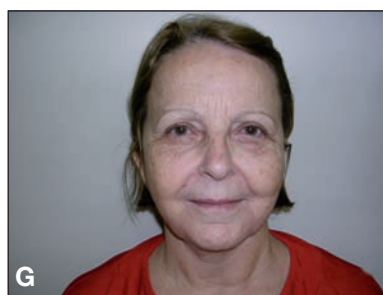


Fig. 4. A-I: Ritidoplastia. Naturalidad en el resultado con colgajo de SMAS-Platisma e imagen de la paciente 13 años después. J-L: Ritidoplastia secundaria con sutura del SMAS-Platisma, postoperatorio a los 4 meses. En el conjunto de imágenes vemos la evolución completa de la paciente entre 1997 y 2010.

Gráfica 1. Distribución de las cirugías revisadas entre 1992 y 2010 según la combinación de ritidoplastia con otras cirugías.



Tabla I. Distribución de las ritidoplastias del grupo de estudio según la combinación con otras cirugías asociadas

CARA	326
CARA + MAMAS	76
ABDOMEN + CARA	65
CARA+ RINOPLASTIA	57
CARA + LIPOSUCCIÓN	22
ABDOMEN + CARA + MAMAS	17
ABDOMEN + CARA + LIPOSUCCIÓN	10
CARA + PRÓTESIS DE MAMA	6
ABDOMEN + CARA + PRÓTESIS DE MAMA	6
ABDOMEN + CARA+ LIPOSUCCIÓN + MAMAS	4
CARA + LIPOSUCCIÓN + MAMAS	4
ABDOMEN + CARA + HAT* +PERÍNEO	2
ABDOMEN + CARA + LIPOSUCCIÓN+ PRÓTESIS DE MAMA	2
BLEFAROPLASTIA + CARA + MENTO + RINOPLASTIA	2
BLEFAROPLASTIA + CARA + VARICES	2
CARA+ IMPLANTE DE CABELLO	2
CARA + LIPOSUCCIÓN + VARICES	2
CARA + MAMAS + CORRECCIÓN DE AREOLA	2
CARA + MAMAS + RINOPLASTIA	2
CARA + PERINEO	2
CARA+ PRÓTESIS DE MAMA + RINOPLASTIA	2
CARA+ RETIRADA DE PRÓTESIS	2

*HAT: Histerectomía abdominal total

y su posicionamiento es oblicuo desde el arco zigomático hasta el ángulo mandibular (Fig. 5).

Una vez que el sistema muscular esté reestructurado, llevamos a cabo la reposición de los colgajos de piel sobre la cara. Este es un tiempo quirúrgico muy importante pues es aquí donde el cirujano debe tener la máxima concentración y el control absoluto del concepto de naturalidad. El colgajo de piel debe seguir solamente la reestructuración del SMAS-Platisma, es decir, solamente vestir el espacio de tensión de los músculos, lo que es muy fácil pues solamente hay que ver la ola de piel por encima del músculo traccionado.

Una vez que hemos traccionado lo suficiente para que la piel quede con una superficie normal y ajustada al nuevo contorno facial, podemos hacer las suturas. El primer punto debe estar sobre el pabellón auricular y el segundo siempre sobre la región retroauricular, en la transición de la incisión entre el pabellón auricular y la región del cráneo. Es muy importante poner estos dos puntos de forma rutinaria y disciplinada, pues son los que determinarán el excedente natural de piel pre y retroauricular.

Después seguiremos con la resección cutánea de acuerdo con las rutinas ya conocidas.

La filosofía de la naturalidad impone una metodología precisa que lleve al cirujano a una tracción y resección de piel moderadas respetando los vectores de tracción supe-

rior ya demostrados en otros artículos y libros de Cirugía Plástica (1,3,5-7). La tracción temporal precapilar (5,6), debe ser la suficiente para lograr un resultado satisfactorio (Fig. 6). Solo tratamos la región frontal cuando ésta es de poca altura y tiene necesidad inequívoca de tratamiento.

En nuestra práctica habitual, las cirugías combinadas tienen un volumen importante. Los tiempos quirúrgicos suelen variar entre 3 y 6 horas en total y la morbilidad no es muy diferente de la de una cirugía simple. La duración de la cirugía de ritidoplastia aislada con tratamiento del SMAS en el 100% de los casos fue de alrededor de 3:30 horas, pero comprobamos una reducción de alrededor de un 10% del tiempo quirúrgico cuando realizamos la sutura simple del SMAS-Platisma en comparación con la cirugía tradicional de despegamiento del colgajo SMAS-Platisma (6).

RESULTADOS

Las complicaciones sufridas en el grupo de estudio estuvieron dentro de los índices aceptables en niveles mundiales para este tipo de procedimiento (1,11-13) (Tabla II).

Tuvimos 12 casos de epidermólisis: 5 (0,81%) preauriculares y 7 (1,13%) retroauriculares. No observamos cicatrices anchas o hipertróficas, queloides o dehiscencias parciales. Comprobamos hiperpigmentación cicatricial en 1 caso (0,16%).

Sufrimos 1 caso (0,16%) de necrosis parcial secundaria a tabaquismo en una paciente que insistió en fumar sin nuestro conocimiento; 1 caso de hematoma de grandes proporciones (0,16%) en una paciente con hipertensión arterial de difícil control y 7 pequeños hematomas localizados principalmente en la región retroauricular que fueron tratados con aspiración simple y posterior drenaje linfático (1,13%); 2 casos (0,32%) de parálisis facial temporal: 1 de la rama temporal, creemos que por elongación del nervio cerca del despegamiento de la piel precapilar en el borde externo palpebral, y 1 caso de la rama mandibular que creemos fue debida a trauma térmico por electrocoagulación. En los dos casos hubo recuperación completa, a los 3 y a los 6 meses respectivamente.

También tuvimos 1 caso (1,16%) de trombosis venosa y tromboembolismo pulmonar en una paciente en que practicamos cirugía combinada de cara, mamas y abdomen. La paciente fue diagnosticada y tratada precozmente conforme a la rutina descrita para estos casos.

Controlamos la satisfacción de las pacientes mediante encuesta personal y directa 3 meses después de la cirugía, con el resultado de excelente en el 100% de los casos. El principal aspecto de satisfacción para las pacientes fue la forma natural de la cara, que más que nada según ellas, no despertó la atención de sus conocidos acerca de que se hubieran realizado una cirugía facial. Las pacientes dijeron que lo que les solían preguntar era qué habían hecho para tener un aspecto hermoso y un contorno suave (Fig. 7 y 8).

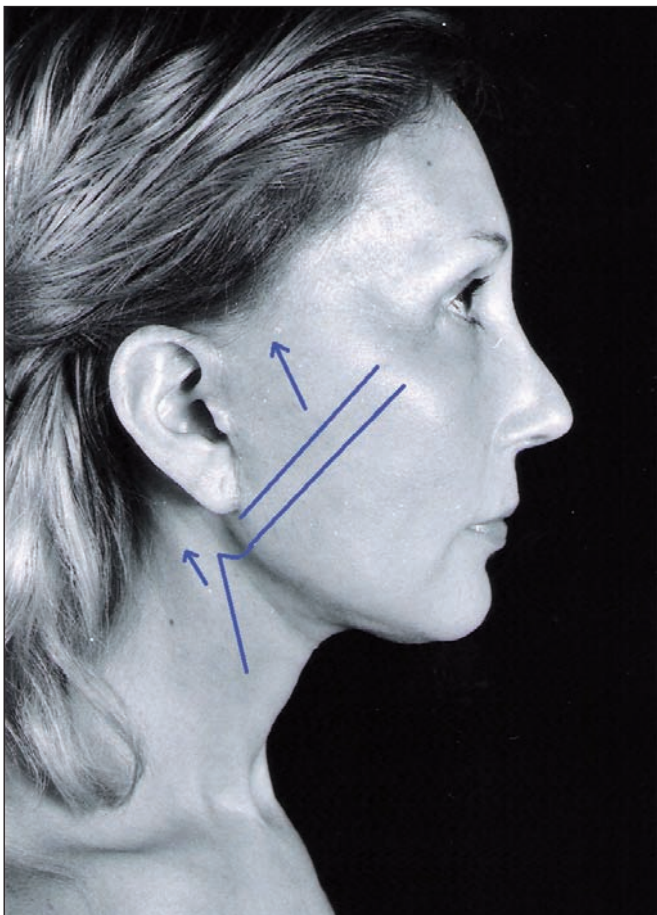


Fig. 5. Ritidoplastia - Vectores de tracción del SMAS desde el arco zigomático hasta el ángulo mandibular y del platisma con despegamiento parcial y sutura en la región mastoidea.



Fig. 6. Ritidoplastia más blefaroplastia. Incisión precapilar en la región temporal y sutura del SMAS-Platisma. Pre y postoperatorio a los 3 meses.

Tabla II: Ritidoplastia.
Complicaciones postoperatorias en el grupo de estudio

Complicaciones	Nº	%
Epidermolisis preauriculares	5	0,81
Epidermolisis retrouriculares	7	1,13
Ensanchamiento de cicatrices	0	0
Cicatrices hipertróficas	0	0
Hiperpigmentación de cicatrices	1	0,16
Queloides	0	0
Dehiscencia parcial de cicatrices	0	0
Necrosis por tabaquismo	1	0,16
Grandes hematomas	1	0,16
Pequeños hematomas	7	1,13
Parálisis facial temporal	2	0,32
Parálisis facial permanente	0	0
TVP/TEP*	1	0,16
Infecciones	0	0
Total	25	4,03

*Trombosis venosa profunda /Tromboembolismo pulmonar profundo

Discusión

La ritidoplastia es una cirugía esencialmente artesanal y que necesita mucha concentración y una rutina muy fuerte y disciplinada por parte del cirujano que la prac-

tica. Cuando se realiza dentro de estos parámetros suele ser muy satisfactoria tanto para paciente como para cirujano. Los índices de complicaciones suelen ser muy bajos y la recuperación es rápida, alrededor de 15 a 20 días (1) (Fig. 9).

Desde una visión de naturalidad, es muy importante ignorar las arrugas y comprender profundamente el mecanismo de envejecimiento de la cara (3,4). La división de la misma en 3 tercios (1/3 superior: frontal y cejas, 1/3 medio: facies central y nariz y 1/3 inferior: línea mandibular, cuello y mentón) es muy útil para el diagnóstico de los problemas de la cara (3,4,12,13). Sin embargo, esta división no puede ser la línea principal para los procedimientos quirúrgicos. Es decir, no sirve como parámetro para una actuación global sobre el rostro. La piel y el SMAS-Platisma tienen un movimiento descendente que empieza en la región superior de la cara. Esto significa que la flacidez de la cara es un fenómeno descendente de todo el rostro.

Desde este concepto, las cirugías faciales mínimas con actuación sobre una u otra región, suelen ser de poco resultado estético o de poca duración en el tiempo, y a su vez pueden ser peligrosamente deformantes de la cara considerada como un todo (3,4,6,9,10).

Es muy importante considerar el rostro en su conjunto, desde la región frontal hasta el cuello, con excepción del nariz y de los párpados que pueden ser intervenidos quirúrgicamente sin perjuicio del resto de la cara (3,6,12,13).



Fig. 7. Ritidoplastia más blefaroplastia y *peeling* con ácido retinólico al 5%. Pre y postoperatorio a los 4 meses.

El concepto de cirugía mínima facial está en contra de la filosofía de la naturalidad, pues en el momento en que actuamos sobre uno de los tercios de la cara estamos deformando los otros dos, y si no deformamos, tampoco ofrecemos un resultado satisfactorio y duradero más allá de los 3 años de postoperatorio (13-15).

En el momento actual, la cirugía mínima facial casi es de carácter ambulatorio y ocupa un lugar importante en la práctica de muchos equipos quirúrgicos que tienen un aura de modernidad. Pero esto no es modernidad. Modernidad es utilizar el profundo conocimiento dejado por los cirujanos pioneros para hacer la cirugía de la cara lo más completa y definitiva posible, con un resultado final agradable, natural y respetando todas las características individuales y únicas del paciente, incluso su condición etaria (2,3,5,14) (Fig. 10 y 11).

Por lo tanto, para nosotros, son esenciales dos parámetros: la cara como una totalidad, sin divisiones académicas y la línea del arco mandibular que es el divisor entre una cara joven y una cara envejecida, además por supuesto, de la naturalidad como resultado final (4-6) (Fig. 12 y 13). La línea mandibular es un parámetro fundamental en el mantenimiento de la jovialidad de la cara y tiene el poder de definir estéticamente el rostro. Algunos autores (3) apuntan que la mayoría de los pacientes están más preocupados por su línea mandibular que por otras partes del rostro.

La historia de la ritidoplastia, desde sus comienzos, ha sido una permanente búsqueda de estructuras y pla-

nos más profundos para obtener resultados mejores y más duraderos (7). Esto es posible desde los trabajos de Mitz y Peironie sobre el sistema SMAS-Platisma (2). Después del descubrimiento de estos dos autores, la cirugía de la cara entró en un nuevo paradigma y el tratamiento del sistema SMAS-Platisma pasó a ser una etapa importante de la cirugía. Actuando sobre este sistema músculo-aponeurótico conseguimos resultados más consistentes y duraderos. La naturalidad es una consecuencia y una prerrogativa cuando se trata el SMAS-Platisma y se actúa sobre todo el rostro en una dimensión global, como determina la filosofía de la naturalidad (Fig.14).

El sistema SMAS-Platisma tiene mucha flexibilidad y responde muy bien a los vectores de tracción (5-7,9) en términos de duración del tratamiento, forma, seguridad y naturalidad.

Las cirugías de SMAS extendido (10) o SMAS vertical extendido (9), suelen ser muy peligrosas por la posibilidad de causar lesiones en las ramas del nervio facial, así como las elevaciones del colgajo simple de SMAS (6). Pero en todas hay la confirmación de que la tracción del sistema SMAS-Platisma es fundamental para el reposicionamiento de los tejidos de la cara y para lograr un resultado más duradero.

Con la profundización de los estudios anatómicos de la cara y sus ligamentos de conexión a las estructuras profundas (7), emergió la posibilidad real de que, al contrario de una amplia y peligrosa disección del sistema SMAS-Platisma, pudiéramos simplemente sutu-



Fig. 8. A-C: Paciente intervenida en 1990 por otro equipo quirúrgico; solo tracción de piel. Vemos claramente las cicatrices preauriculares, el lóbulo auricular traccionado y la mala resolución de la región mentoniana. D-F: Postoperatorio a los 3 meses; resultado natural tras sutura del SMAS-Platisma.

rarlo basándonos en vectores de tracción y obtener así los mismos resultados de duración y naturalidad añadidos a una incommensurable ganancia en seguridad y eficacia (5-7).

En palabras de Ventura(7): "... El reconocimiento de estos ligamentos que fijan el SMAS al esqueleto facial y a la aponeurosis profunda del masetero es la clave principal de la cirugía facial que utiliza el SMAS, porque si existe un bloqueo entre el punto de fuerza y el área que requiere corrección, no es posible para un colgajo de SMAS mejorar esa área. Por lo tanto, las opciones técnicas para cumplir con el cometido son dos:

1. SMAS extendido (liberación de las fijaciones).

2. *By-pass* o puente con suturas entre el SMAS medial y el lateral neutralizando los ligamentos de retención. Una forma simple de cumplir con el mismo cometido es mediante la tracción del SMAS medio desde el SMAS lateral con puntos de remolque, que salten la línea de fijación en forma de puente anulando el efecto de retención. Esto aclara la efectividad de los puntos de tracción y anclaje..."

Pero verificamos que el asunto suele ser aún más simple, pues Ventura en su artículo recomienda una sutura más amplia y profunda que envuelve la fascia temporal (7). Las suturas traccionando el SMAS-Platisma en vec-



Fig. 9. Ritidoplastia con colgajo de SMAS-Platisma más blefaroplastia. Pre y postoperatorio a los 13 días. Postoperatorio sencillo y de rápida evolución.



Fig. 10. Ritidoplastia. Cirugía con sutura del SMAS-Platisma respetando la edad de la paciente y la naturalidad de las formas. Pre y postoperatorio al mes y medio de la cirugía.



Fig. 11. Ritidoplastia con sutura del SMAS-Platisma más blefaroplastia respetando la edad de la paciente y la naturalidad de las formas. Pre y postoperatorio a los 4 meses.

tores de dirección craneal pueden ser más simples e igualmente efectivas como hemos visto en nuestra experiencia, generando una naturalidad aún mayor por su flexibilidad y plasticidad de confección que permite soluciones mucho más a medida para cada paciente en particular, o que siguen rigurosamente las premisas de la filosofía de la naturalidad (14,15).

Sin embargo, no sería exagerado decir que actualmente, la sutura del sistema SMAS-Platisma de acuerdo con vectores de tracción de la cara es la base de la moderna cirugía facial y de la filosofía de la naturalidad (5-7).

La sutura simple del SMAS-Platisma cumple todos los requisitos y genera amplia eficacia y seguridad para la cirugía de la cara.

La cirugía de la cara, con mucha frecuencia, es criticada y considerada como una frivolidad carente de beneficios, pero la realidad es otra (13,15). Los beneficios para los pacientes son muchos, especialmente en la autoestima y calidad de vida (15). Cuando estamos comprometidos con el concepto de naturalidad obtenemos frecuentemente este tipo de resultados y generamos más

confianza en nuestros pacientes y en la población en general acerca de que los tiempos de las caras artificiales, resultado de una falta de conocimientos más profundos y de la falta de compromiso con la naturalidad y la individualidad, ya pasaron.

Conclusiones

Desde el descubrimiento del sistema SMAS-Platisma, la ritidoplastia ha sufrido una gran evolución. Con los colgajos de SMAS ya teníamos una excelente técnica para lograr resultados estéticos más naturales en la cara. Con la simple sutura del SMAS-Platisma hemos evolucionado aún más hacia la eficacia y la simplicidad sin afectar a la duración de los resultados y creando al mismo tiempo condiciones para que estos resultados sean aún más naturales.

Sin embargo es muy importante que los cirujanos adopten una rígida filosofía de la naturalidad que sea la base del diagnóstico y de la técnica quirúrgica.



Fig. 12. Ritidoplastia con colgajo de SMAS-Platisma más blefaroplastia. Pre y postoperatorio a los 4 meses.

Agradecimiento

Al Dr. Ronaldo Pontes y al Dr. Liacyr Ribeiro por todo su apoyo y por las enseñanzas que recibimos en todos estos años a través de su ejemplo y extraordinario trabajo y dedicación al desarrollo de la Cirugía Plástica.

A la Sra. María Cristina R. Goulart, administradora del equipo, por su colaboración en la preparación de este trabajo.

Dirección del autor

Dr. Remi Goulart Jr.
Calle Algas 811, Apto. 202 B
Jurerê Internacional, Florianópolis/SC – Brasil
CEP 88053-505.
e-mail: remigoulartjr@gmail.com

Bibliografía

1. **Pitanguy I., Machado B.H.:** Facial rejuvenation surgery: a retrospective study of 8788 cases. *Aesth. Surg. J.* 2012; 32(4):393-412.
2. **Mitz V., Peyronie M.:** The superficial musculo-aponeurotic system (SMAS) in the parotid and cheek area. *Plast. Reconstr. Surg.* 1976; 58(1):80-88.
3. **Coleman S.R., Grover R.:** The Anatomy of the Aging Face: Volume Loss and Changes in 3-Dimensional Topography. *Aesth. Surg. J.* 2006;26(1):4-9.
4. **Reece E.M., Rohrich, R.J.:** The Aesthetic Jaw Line: Management of the Aging Jowl. *Aesth. Surg. J.* 2008; 28(6):668-674.
5. **Baker, D.C.:** Minimal Incision Rhytidectomy (Short Scar Face Lift) with Lateral SMASectomy. *Aesth. Surg. J.* 2001;21(1):68-80.
6. **Letizio, N.A., Anger, J., Baroudi, R.:** Rhytidoplasties: cervicofacial SMAS-plasty according to vector suturing. *Rev. Bras. Cir. Plast.* 2012;27(2):266-271.
7. **Ventura, O. M., Marcello, G., Marino, H., Buquet, J., Gamboa, J.:** Ritidoplastia con cicatrices cortas: ligamentos de retención y vectores de corrección. *Cir. plást. ibero-latinoam.* 2008; 34(1): 51-60.
8. **Guerrerosantos, J.:** Managing Platysma Bands in the Aging Neck. *Aesth. Surg. J.* 2008;28(2):211-216.
9. **Bernard, R.W.:** The Anterior Vertical Smas Lift. *Aesth. Surg. J.* 2003;23:486-494.
10. **Litner, J.A., Adamson, P.A.:** Limited vs Extended Face-lift Techniques Objective Analysis of Intraoperative Results. *Arch Facial Plast Surg.* 2006;8:186-190.
11. **Mottura A.A.:** Face lift postoperative recovery. *Aesth. Plast Surg.* 2002;26(3):172-180.
12. **Castro, C.C.:** Proper Incision Planning Can Avoid Face Lift Stigmata. *Aesth. Surg. J.* 2004;24:75-78.
13. **Castro, C.C.:** Judging Face Lift Results. *Aesth. Surg. J.* 2005;25: 521-523.
14. **Sharabi, S.E., Hatef, D.A., Hollier, L.H.:** Facial Attractiveness : Is the Whole More Than the Sum of Its Parts? *Aesth. Surg. J.* 2010, 30: 154-160.
15. **Litner, J.A., Rotenberg, B.W., Dennis, M., Adamson, P.A.:** Impact of Cosmetic Facial Surgery on Satisfaction With Appearance and Quality of Life. *Arch Facial Plast. Surg.* 2008;10(2):79-83.

Comentario al artículo “Ritidoplastia: sutura del sistema SMAS-Platisma e importancia de la filosofía de la naturalidad”

Dr. Antonio Fuente del Campo

Profesor de Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva, Universidad Nacional Autónoma de México. Profesor Titular de la Maestría en Cirugía Plástica Endoscópica.

Director de la Clínica de Cirugía Plástica Aqtel. México DF., México

El trabajo de los doctores Goulart y Scipioni menciona principios de gran importancia en la realización del rejuvenecimiento facial (ritidectomía / ritidoplastia). La importancia del Sistema Músculo-Aponeurótico en estos procedimientos fue planteada y justificada plenamente por Thord Skoog, un gran innovador, quien resumió sus diversas publicaciones en su libro “Plastic Surgery”, publicado por Saunders en 1974 y traducido posteriormente a otros idiomas (al español por Salvat). Posteriormente Tessier, quien conocía los trabajos de Skoog, motivó a Mitz y Peyronie a hacer los estudios anatómicos correspondientes que dieron como resultado el artículo publicado por estos últimos y que actualmente es una referencia clásica.

La pérdida de volumen óseo de la cara, así como la pérdida de consistencia de las partes blandas, obliga a corregir éstas y no solo la piel, que es un elemento de recubrimiento y no de soporte, por lo que resulta ilógico hacer una cirugía que no corrija específicamente las partes blandas profundas y pretenda hacerlo traccionando únicamente la piel. Tal y como describen los autores, la corrección de la flacidez y la caída de las partes blandas debe hacerse corrigiendo directamente estas estructuras y cuidando distribuir la piel en el área, pero sin tensión.

La disección subcutánea suprime el aporte circulatorio profundo de la piel que subsiste gracias a su red superficial. Aunque con el proceso cicatricial la piel se adhiere nuevamente a su lecho, nunca recuperará totalmente este aporte circulatorio,

de ahí que en muchos casos la piel pierda progresivamente su aspecto natural.

En los pacientes con avanzado grado de deterioro se hace necesario eliminar un poco de piel, y se hace necesaria la vía preauricular; pero en los pacientes con grados de ritidosis I y II, se logra la corrección de las partes blandas profundas mediante procedimientos mini-invasivos y/o endoscópicos, haciendo innecesaria la incisión preauricular así como los amplios despegamientos subcutáneos, y con ello, eliminando la posibilidad de necrosis cutánea aún en pacientes fumadores, tal y como hemos comunicado en algunos artículos: “Facelift without preauricular scars”, PRS, 1993; 92: 642-653; “Ritidectomía subperióstica endoscópica”, Cir. plast. Ibero-latinoam. 1994; 20:393-399; “Subperiosteal facelift: open and endoscopic approach” Aesth. Plast. Surg. 1995; 19: 149-160. “Mini-invasive facial rejuvenation without an endoscope” Aesth. Surg. Jour. 1996; 16: 129-137; “Evolution from endoscopic to miniinvasive facelift: a logical progression ? Aesth. Plast. Surg. 1998; 22, 267-275, etc....

Quiero felicitar a los Drs. Goulart y Scipioni por su aportación en la que dejan muy claros puntos fundamentales que son importantes a tener en cuenta para obtener resultados naturales al realizar un procedimiento quirúrgico de rejuvenecimiento facial.

Respuesta al comentario del Dr. A. Fuente del Campo

Dr. Remi Goulart Jr

Para nosotros es un privilegio y un honor que el Dr. Fuente del Campo haya tenido la generosidad de hacer un comentario sobre nuestro artículo, ya que seguimos su trabajo desde hace muchos años. Agradecemos la profundidad y conocimiento que ha expresado en este comentario y que solo demuestran una vez más porqué él es uno de los más importantes cirujanos de la actualidad y tiene nuestra más profunda admiración por ello.

Conocemos los artículos pioneros del Dr. Fuente del Campo acerca de la cirugía endoscópica de la cara, en especial su trabajo sobre rejuvenecimiento facial poco invasivo sin endoscopia de 1996. Pero el objetivo de nuestro artículo es justamente hacer una reflexión sobre la cara como una totalidad y la importancia de este concepto para lograr un resultado na-

tural. Para cirujanos con talento natural como el Dr. Fuente del Campo, una cirugía mínimamente invasiva suele tener muy buenos resultados; pero en general, en nuestra modesta opinión, los resultados de este tipo de cirugías pueden ser peligrosamente más artificiales y quizás, tener una menor duración en el tiempo que los que ofrece una cirugía completa.

La cirugía mínimamente invasiva de la cara ya tiene su lugar en el arsenal terapéutico actual de la Cirugía Plástica y nosotros la apoyamos, pero invitamos a todos, con este artículo, a reflexionar sobre el tema y a considerar que las cirugías completas de la cara aún tienen su sitio también y pueden ser, en muchas situaciones, una opción mejor a pesar de la tendencia minimalista.