

Cirugía del envejecimiento facial

Dr. Daniel Jacobovsky L.
Cirujano Plástico. Clínica Las Condes.

Resumen

Resumen

El envejecimiento facial es un proceso único, particular a cada individuo y regido en especial por su carga genética.

Para revertir los principales signos de este proceso, recurrimos al lifting facial o ritidoplastía. Técnica quirúrgica desarrollada en nuestra especialidad, desde principios de siglo, consiste en un complejo procedimiento quirúrgico, que admite múltiples variantes y continúa en constante revisión.

Los factores secundarios que gravitan en el envejecimiento facial, son múltiples y por ello las ritidoplastías o lifting cervico faciales descritas, han buscado corregir los cambios fisonómicos del envejecimiento, excursionando en todos los planos tisulares involucrados: piel, grasa y sistema músculo aponeurótico. La suspensión muscular debe ser previa a la resección grasa, sea ésta hecha con lipoaspiración o lipectomía abierta; debe hacerse con delicadeza para evitar las secuelas propias de su excesiva o errónea extirpación. El tratamiento de triple suspensión muscular, permite remodelar el cuello y la cara, recuperando así el necesario sostén profundo al plano cutáneo. De este modo, luego, al efectuar su montaje y resección final, se hace sin exigir una excesiva tensión sobre la piel evitando estigmas en antaño frecuentes.

Los vectores de montaje y resección cutánea son cruciales en los resultados estéticos de la cirugía cervico facial. Se exige pericia y experiencia para reducir las complicaciones, secuelas quirúrgicas y revisiones secundarias. Las nuevas tendencias en la

cirugía del envejecimiento facial, contemplan una variada asociación de recursos tendientes a minimizar cicatrices, como es el uso de la endoscopia en el tercio superior, incorporar conceptos como lifting volumétrico, entendiendo la necesidad de resaltar ciertos puntos faciales cruciales en el rejuvenecimiento (malares, mentón, posición de punta nasal etc). La disminución de los riesgos, ha validado la incorporación de procedimientos adicionales en el mismo acto quirúrgico, como es el tratamiento de los párpados, exfoliaciones cutáneas con láser, implante de surcos, lipoinyecciones y otros.

El logro de un programa de rejuvenecimiento facial exitoso, exige de una evaluación correcta de las alteraciones presentes, de una planificación de los procedimientos a efectuar y su oportunidad, esto debe ser informado y aceptado por el paciente.

INTRODUCCIÓN

El creciente interés por revertir los cambios que produce el envejecimiento facial, acompaña a la mayor preocupación que presentamos por nuestro bienestar global, la autoestima y el entender que ello compromete los sentimientos que tenemos frente a nuestra imagen. Este mayor interés, también es influido por la información pública sobre cirugía plástica disponible y la gran difusión que los medios de comunicación entregan sobre expectativas y riesgos de los procedimientos faciales. Hoy,

en Chile, es habitual que el candidato a esta cirugía llegue a nuestras consultas con abundante información sobre los procedimientos existentes para tratar la vejez. Esto demuestra de alguna forma, esta indiscutible preocupación social y además evidencia el porque de un escenario de solicitud de procedimientos faciales en aumento.

En nuestro medio, no contamos con estadísticas que nos señalen de la real cuantía de la cirugía estética de la ptosis cérvico facial, pero es clara la tendencia creciente de ella al igual que la de otros procedimientos estéticos. Este interés, hace necesario que nos preocupemos de dar a conocer entre los médicos, conceptos básicos sobre este tema de nuestra disciplina y sobre el que de manera inevitable serán en algún momento interrogados por sus pacientes.

ETIOLOGÍA

La biología del envejecer es única y particular a cada individuo y aún cuando está regida en especial por su carga genética, este proceso, es acentuado por factores ambientales, en particular, la radiación solar (ultravioleta), contaminación atmosférica y hábitos o conductas individuales, entre las que destaca el fumar y el stress. Clínicamente, es posible distinguir aspectos del envejecimiento cronológico, marcado por nuestro "reloj biológico," de los por fotoenvejecimiento debidos a la irradiación actínica. Esta produce alteraciones particulares como: desecación, pérdida de tonicidad de la piel, discoloraciones (manchas) acartonamiento por elastosis de la dermis y la aparición de diversas lesiones pre-malignas como las queratosis actínicas.

En el rostro, es la piel la que evidencia gradualmente y con más premura los efectos del envejecimiento (Fig.1).

El envejecimiento facial es un proceso que se genera de manera gradual en todos los planos faciales, alterando el aspecto de la piel, su tonicidad y aumentando su superficie global. Su excedente se manifiesta en especial en el área cervical (dermochalasis).



Fig.1. Gradiente de alteraciones faciales en el proceso de envejecimiento.

La flaccidez cutánea, es acompañada por desplazamiento de la grasa subcutánea, y depósitos de esta en la línea mandibular y sub-mentón. Sin embargo en el tercio superior y medio, se produce una esqueletización por disminución de la grasa, mayor, en el área peri-orbitaria. 9. Esto, ha marcado las actuales tendencias que buscan reponer la grasa malar y evitar la resección exagerada de bolsas palpebrales, que pueden dejar una región orbitaria hundida y de aspecto senil (Fig.2).

El plano muscular y aponeurótico descien- de y "cuelga" de los ligamentos de suspensión en particular del ligamento zigomático y el mandibular. La frente se alarga y las

cejas bajan, el músculo orbicular se alarga bajo el arcus marginalis y puede formar festones, los bordes anteriores del platisma se separan, formando bandas de extensión variable desde el mentón hasta el cricoides (grados I a III de Baker) 1.

Entre los músculos digástricos y la cara posterior del platisma, también puede acumularse grasa en exceso que requiera eventual exéresis.

La etiología de este proceso y el mejor conocimiento anatómico de los tejidos comprometidos, han facilitado la evolución del tratamiento quirúrgico y la reposición racional de ellos a su lugar, de este modo, el procedimiento de ritidoplastía busca re-

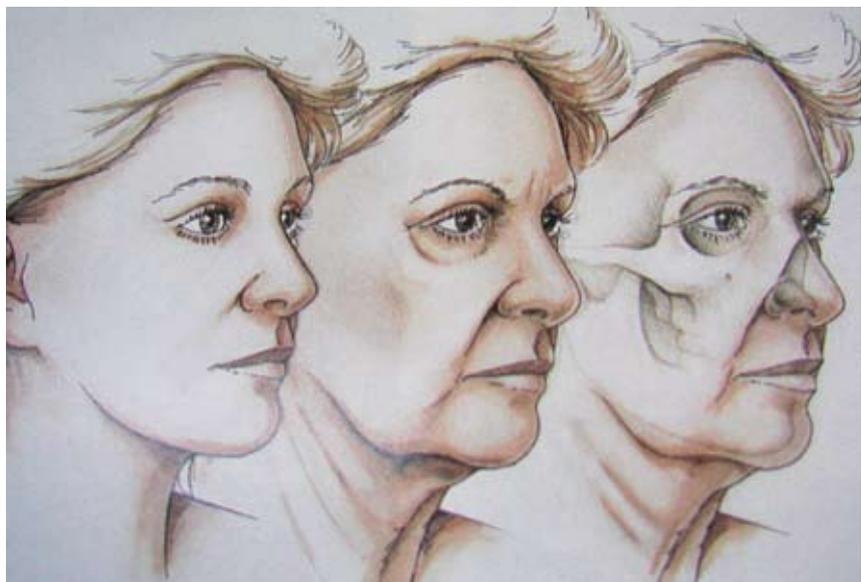


Fig. 2.- Desplazamiento de la grasa facial y esqueletización de tercios superiores. Aparición gradual de cúmulos grasos en línea mandibular y sub mentón.

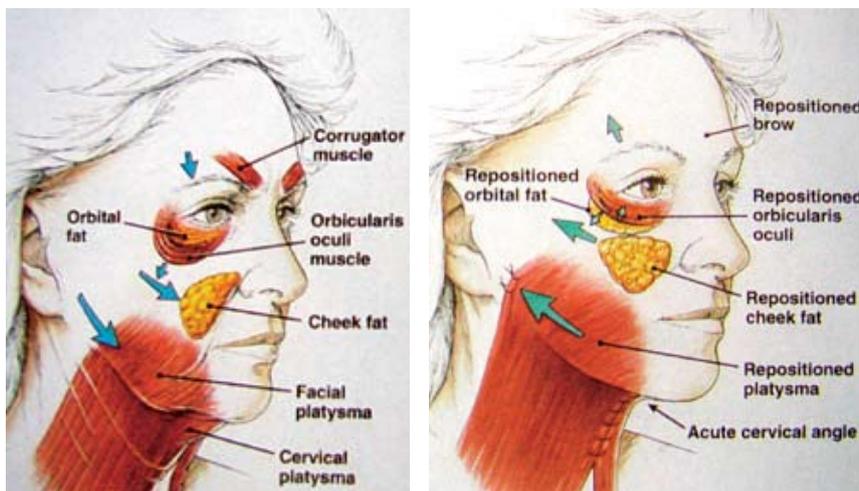


Fig. 3.- Cambios anatómicos con la vejez y reposición de las estructuras a su lugar original.

cuperar también, los volúmenes y definición de rasgos juveniles como los pómulos y el mentón salientes y la suave depresión intermedia en la mejilla y que dibuja en la posición de $\frac{3}{4}$ la denominada línea de Ogee. Este es un concepto tridimensional del lifting muy bien descrito por Little 10-12-14.

Se denomina ritidosis, a la pérdida de tersura y formación de arrugas o “craquelado facial”. Estas son de intensidad variable, y se inician en el área peri bucal (labio superior) y peri orbitaria (patas de gallo) extendiéndose gradualmente al resto de la cara. El lifting facial, al retirar excedente cutáneo y dar mayor tensión a la piel, corrige parcialmente la ritidosis, pero no es el tratamiento específico para ella como lo son los procedimientos exfoliantes (peeling químicos, dermabrasiones y resurfacing con laser) que sólo mencionaremos en esta publicación.

Durante el envejecimiento, se acentúan los surcos y líneas faciales que son propios de la mímica facial, dejando una impronta fisonómica a veces inestética y que es posible de corregir en el contexto de un programa elaborado de rejuvenecimiento. Estos imprimen también en el rostro, un sello propio de la herencia, del carácter y las vivencias personales. 18. Los surcos y líneas, fueron sistematizados por George Singer en 1993 (Fig.-4).

Esquema de George y Singer(1993)

- 1) Lineae frontalis transversae
- 2) Lineae verticales glabellares
- 3) Lineae nasales transversae
- 4) Sulcus orbitalis superior
- 5) Lineae palpebrales superiores
- 6) Lineae orbitales laterales
- 7) Sulcus orbitalis inferior
- 8) Linea orbito zigomatica
- 9) Sulcus nasolabialis
- 10) Sulcus buccomandibularis
- 11) Fovea buccalis
- 12) Sulcus oromentalis
- 13) Striae circumoralis
- 14) Sulcus nasooralis
- 15) Sulcus mentolabialis
- 16) Fovea mentalis

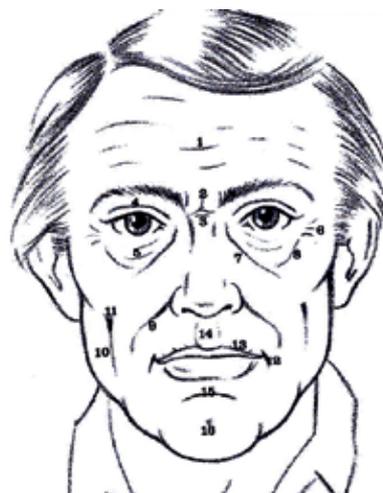


Fig. 4.- Líneas y surcos faciales.

La involución ósea y como se mencionó, la progresiva pérdida de tonicidad y el efecto gravitacional que actúan en conjunto sobre los tejidos blandos haciéndolos más flácidos y caídos (piel, tejido graso y musculatura), más el accionar mímico de los 52 músculos faciales, se incluye por su efecto en este proceso al esternocleidomastoideo y platysma, gradualmente distorsionan la fisonomía del rostro, cambiándolo a través de los años, desde el aspecto juvenil al de senectud. Hay que destacar como principales culpables de la acentuación de líneas y surcos, al grupo de los músculos cutáneos o de la expresión y casi excluir a los oculares y masticadores.

TRATAMIENTO

Historia

La cirugía del envejecimiento facial consiste en un complejo de técnicas quirúrgicas, desarrolladas en la vertiente estética de la cirugía plástica desde principios de siglo, para revertir los principales signos del proceso de envejecimiento facial 1.

Al revisar la evolución del *lifting facial o ritidoplastía*, presenciamos el desarrollo de un sinnúmero de técnicas que reflejan el mejor entendimiento que hoy tenemos, sobre el manejo diferenciado de los tejidos involucrados.

Passot en 1919, describía incisiones cutáneas múltiples temporales y pre auriculares para tensionar la piel facial flácida y caída. Lexer publicó en 1931, su técnica de disección sub-cutánea, con una cercanía a los criterios modernos. A excepción de incisiones alternativas, no hubo cambios significativos en la evolución de la ritidoplastía, hasta mediados de 1970, en los que se describe el Sistema Músculo *Aponeurótico* facial o SMAS. Tord Skoog en sus publicaciones, (1969,1972,1973) describe un análisis de la mecánica del envejecimiento y la importancia del desplazamiento que sufren los músculos cutáneos, platysma y orbicular de los párpados, explicando, que eran responsables de la formación de pliegues y “*que la corrección quirúrgica*

sólo de la piel, ignorando estos conceptos, compromería el resultado de esta cirugía". Propone reponer el sistema fascio-muscular, dando así, inicio a la evolución de los conceptos que rigen esta técnica hasta nuestros días 16.

Criterios de selección del paciente

En la medicina moderna, cada vez son más los pacientes que solicitan cirugía plástica-estética por presentar un discomfort variable con su imagen o auto imagen ego-distónica.

El cirujano plástico debe tener la adecuada formación, para distinguir si la corrección física puede corregir y equilibrar la auto imagen del paciente, es decir cubrir sus expectativas y causarle un bienestar y mejor calidad de vida. La motivación a consultar y decidir sobre la aceptación de someterse a una cirugía estética, debe ser personal, jamás debe ser influenciada o presionada por terceros. De acuerdo con Hinderer y cols. (1986) el individuo emocionalmente estable, realista y con motivaciones claras, es un buen candidato para una cirugía estética. Los pacientes psíquicamente inestables, los con mucho deterioro actínico, los obesos, son malos candidatos. La hipertensión, diabetes, cardiopatías y otros cuadros que a veces se presentan en los antecedentes clínicos, sin ser excluyentes, limitan la selección de estos pacientes. El grupo etario que mejor resultado puede esperar de esta cirugía es el comprendido entre los 40 y 50 años 17.

CIRUGÍA

La ritidoplastía debe armónicamente y con igual énfasis, tratar de revertir los vectores de envejecimiento en el cuello y segmentos o tercios faciales. El deterioro del tercio inferior de la cara y cuello, puede marcar una "diferencia de edad" con los dos tercios superiores de la cara, y ser el motivo de consulta, pero siendo el cuello una unidad estética que acompaña al rostro en el proceso de envejecimiento, debemos señalar y explicar a nuestros pacientes, que el

reborde mandibular es uno de los elementos importantes a tratar en estas cirugías y que es el límite cervical superior, que se prolonga con las mejillas, por lo que la variante de cervicoplastía que se planifique, hace un todo con la técnica de ritidoplastía seleccionada y necesariamente se confunde con ella. Sugerimos así, advertir o aconsejar al paciente, cuando por ejemplo, solicita sólo la corrección aislada del cuello o de un segmento anatómico, comprender que debe corregirse el área cérvico facial, como una unidad estética.

ANESTESIA

Se puede realizar este procedimiento, mediante anestesia local más una sedación asistida con un adecuado monitoreo y presencia de anestesista. El uso de vasoconstrictor (epinefrina 1/200.000), permite una disección más fácil al controlar el sangramiento, pero su efecto de rebote y eventual hipertensión secundaria a absorción, puede generar hematomas. La anestesia general es una buena opción si la colaboración del anestesista permite un manejo postoperatorio libre de incidentes que puedan derivar en una complicación (náuseas, vómitos, dolor y angustia, hipertensión etc.).

TÉCNICA

La técnica del lifting facial, consiste en la creación de dos vastos colgajos cérvico-faciales, formados a partir de incisiones peri-auriculares y que luego de la resección



Fig. 5.- Esquema de disección de colgajo cutáneo.

de los excedentes cutáneos, suspensiones musculares y resección de adiposidades, 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 (Fig. 5 y 6).

El éxito de esta cirugía, depende del conocimiento cabal de la anatomía y de la correcta evaluación de los cambios tisulares producidos en el paciente y de la experiencia del cirujano, que le permitirá adaptar variantes a cada caso. En la Fig 7, se marca en la mejilla algunos parámetros como el surco nasogeniano, el gonion, borde de la parótida y un vector de tracción del Sistema Músculo Aponeurótico, como guías

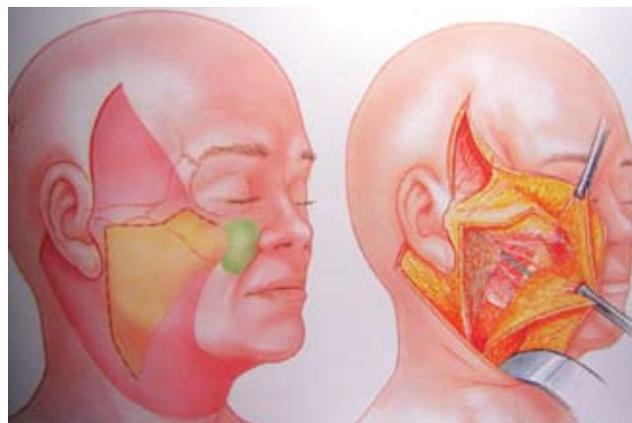


Fig. 6.- Area de disección del SMAS. Planos faciales.



Fig.7.- Se señala el SNG, el gonión, borde anterior de la parótida, inclinación del colgajo de SMAS a trasponer, y con una flecha el vector de tracción del SMAS.

antes del inicio de un lifting facial.

La ritidoplastia es posible, gracias a la disposición concéntrica de los distintos planos titulares de la cara. Los planos faciales a considerar son: *piel, tejido celular sub-cutáneo, sistema músculo aponeurótico (SMAS), músculos miméticos, fascia parotídea o facial profunda, plano del nervio facial y estructuras profundas como el conducto de Stenon, Bola adiposa de Bichat, arteria y venas faciales* 1.

Esta disposición, permite la disección cuidadosa en los planos subcutáneo o sub-SMAS. 8-10. Este último plano de disección, de acuerdo a la técnica descrita por Sam T. Hamra en la última década, eleva un colgajo compuesto, que incluye piel, celular sub-cutáneo y SMAS, sin perturbar las estructuras subyacentes. El plano subcutáneo, de disección, exige un tratamiento separado del SMAS, que permite una suspensión más versátil.

Incisiones

Con variantes adecuadas a cada paciente, las incisiones básicamente son dos circundando cada pabellón auricular y una tercera en el sub-mentón. Esta última omitida cuando la ptosis cervical es leve. Las auriculares, adoptan la forma de una “V” cuyas ramas recorren las sinuosidades del helix, trago, y lóbulo en el área pre-auricular y se continúan por el surco retroauricular hasta

terminar en el cuero cabelludo. Aquí, con una inclinación del bisturí que permita reseca los excedentes cutáneos sin dejar “orejas” ni dañar los folículos pilosos. En el área pre auricular, la incisión parte en la zona temporal, pudiendo como variante, descender por el borde pre-piloso de la patilla, evitando así el desplazamiento superior de ésta, al hacer el montaje final y resección cutánea anterior.

Suspensión músculo aponeurótica

La corrección de la laxitud del plano músculo aponeurótico, busca recuperar una buena proyección volumétrica del tercio medio de la cara (región malar), definición del reborde mandibular, mejorar el surco nasogeniano y elevar la comisuras bucales, junto con corregir las alteraciones del contorno cervical. El corsé o sostén muscular del cuello lo constituye el músculo platisma, que al alongarse y separar sus bordes, puede formar en su aspecto anterior bandas platismales en grados de I a IV (Baker). El SMAS es fijo sobre la parótida y laxo por delante de ella, por lo que la mejilla se desplaza inferiormente y pende de los ligamentos zigomáticos y mandibular. La corrección de estas alteraciones, se realiza mediante una triple suspensión músculo-aponeurótica, que consiste en: 1.Miorrafia anterior. 2. Suspensión pre auricular 3. Suspensión retro auricular, lo que permite

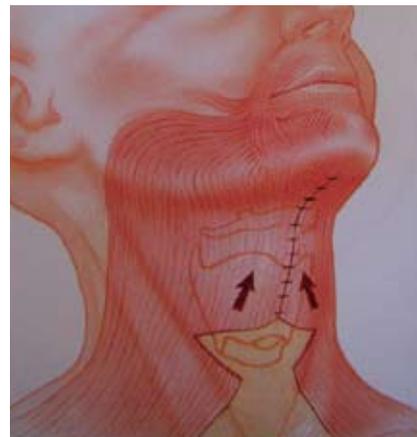


Fig. 8.-Sutura de bordes anteriores del platisma. Sección de inferior de ellos.

reponer el platisma y el SMAS, desplazar la piel y grasa suprayacentes y recuperar los tejidos a su posición anterior.

1. Miorrafia anterior

La miorrafia de los bordes anteriores del platisma, permite eliminar las bandas y la elevación del sub-mentón, recuperando así, el ángulo cérvico-mentoniano. Se efectúa por una incisión sub-mentoniana, disecando sobre el músculo y uniendo los bordes anteriores del platisma mediante una sutura invaginante. Eventualmente se seccionan los bordes musculares inferiormente para facilitar la elevación del ángulo cervical 17. J.Guerrerosantos ha descrito múltiples variantes en la sección anterior y posterior del platisma (Fig.-8).

2. Suspensión pre- auricular

Las variantes de suspensión del SMAS preauricular, aseguran la pexia cervical lateral y anterior y elevan la mejilla. Siendo el SMAS supra- parotídeo fijo, preferimos tallar un colgajo oblicuo por delante de la glándula y luego hacer la suspensión y sutura cerrando el espacio con puntos separados según lo describe D. Baker. En esta zona, debe evitarse el daño al nervio gran auricular, el que emerge a unos 6.5 cm. bajo el conducto auditivo y en su recorrido bajo la fascia del esternocleidomastoideo, da sus ramas al pabellón auricular. Igual cuidado se debe prestar al inicio, durante la elevación del colgajo cutáneo.

3. Suspensión retro- auricular

Un colgajo de SMAS, tallado por delante de la parótida y paralelo al surco nasogeniano puede trasponerse con sutura y suspensión en la fascia mastoidea mejorando más el efecto de definir el cuello bajo la línea mandibular. La plicatura del borde posterior del platisma, completa la definición del reborde mandibular y devuelven el aspecto cilíndrico y juvenil al cuello. En esta zona, debe evitarse durante toda la cirugía, la lesión del nervio gran auricular, que emerge a 6.5cm. bajo el c. auditivo y da luego sus ramas bajo el plano de la fascia del esternocleidomastoideo.

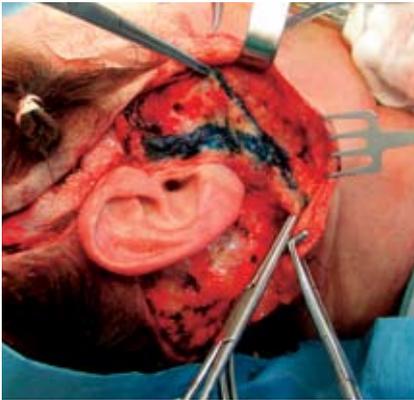


Fig. 9 y 10. Elevado el colgajo cutáneo, se determina la suspensión del SMAS.

Tratamiento de la grasa

La resección grasa, es una de las maniobras que puede dejar secuelas en las ritidoplasias, por lo que debe ser restringida a lo necesario, hecha con delicadeza y cuidadosa hemostasia si se efectúa una lipectomía abierta durante la disección de los colgajos laterales o sub mentoneano. La liposucción se reserva sólo al cuello y cuando éste presenta una adiposidad significativa. Las lipectomía abierta es realizada posterior a la suspensión músculo aponeurótica, ya que así se define mejor la exacta cantidad de la resección grasa.

Piel

El excedente de piel o dermatochalasis, es corregido al final de la cirugía junto con el montaje de la misma en el entorno auricular. Previo a este paso, se hace una prolija

revisión de la hemostasia mediante el uso de pinza bipolar y se dejan instalados los drenajes de vacío (Hemosuc). Los vectores de tracción son esenciales de respetar para evitar pliegues secundarios o dejar un aspecto disarmónico (aspecto de “cara operada”). La resección y suspensión precisas de los colgajos cutáneos, junto a su montaje es esencial para conseguir la naturalidad del resultado 4-6-14. El orden de este montaje que recomendamos es: primero 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 al elevar verticalmente la piel, el desplazamiento de la patilla. Se reseca luego la piel por el borde posterior del helix y expone el lóbulo de la oreja conservando al máximo, la naturalidad de éste.



Fig. 11. Montaje y resección cutáneas. En la patilla debe compensarse la tracción y resección para evitar “orejas” o desplazamientos.

Se termina con el montaje de la piel del bolsillo temporofrontal o pre piloso, según el tipo de incisión preferido incindiendo en forma oblicua para proteger los folículos (Fig.12,13 y 14).



Fig. 12, 13 y 14. Pasos del montaje y resecciones cutáneas retro y pre auriculares (ver texto).

Por último, se tracciona suave y horizontalmente la piel, para tallar los colgajos que cubren el trago y los bordes de la herida superior e inferior a este, suturando prolijamente los colgajos a las incisiones de la oreja y evitando los estigmas por mala técnica, frecuentes en esta zona (Fig.15 y16).



Fig. 15 y 16. Eliminada la dermatochalasis cérvico facial, el área peri auricular no presenta alteración de forma ni posición.



Fig. 17 y 18. La evolución de las cicatrices como la forma de la oreja y cuello, no deben mostrar estigmas de la cirugía.

El lifting cérvico facial exige una evaluación y planificación individual incorporando procedimientos adicionales para un óptimo resultado (Fig.17y 18). Citaremos sin mayor extensión en el tema, los procedimientos agregados de uso más frecuente en el lifting.

Procedimientos adicionales quirúrgicos

Blefaroplastías: Resección de excedente cutáneo y graso de los párpados superiores e inferiores.

Corrección endoscópica del tercio superior: Esta zona, se ha visto particularmente beneficiada con la incorporación de esta técnica, permitiendo sustituir la incisión coronal, que con frecuencia deja áreas alo-

pécicas o denervadas, por mínimas incisiones (5). La endoscopia, puede permitir con precisión, elevar las cejas, tratar las líneas frontales y surcos glabellares mediante la sección de los músculos corrugadores 2.

Esta técnica exige un entrenamiento especial y su difusión a tenido una lenta incorporación en la cirugía del envejecimiento facial.

Procedimientos adicionales no quirúrgicos

Denervación química: Recurrimos a la "denervación química" en especial en el tercio superior de la cara, mediante el uso de la toxina botulínica (tipo A). Se aplican de 30 a 60 U distribuidas en el contorno orbitario externo, glabella y líneas fron-

tales. Al producir una paresia selectiva de los músculos tratados y abolir su expresión mímica, elimina las líneas cutáneas. La técnica es sencilla y relativamente exenta de complicaciones; se deben repetir las inyecciones cada tres a seis meses de acuerdo a la duración de su efecto.

Fillers o Rellenos: En los labios y surcos peri bucales, podemos emplear los rellenos o "fillers". Entre los más empleados esta el ácido hialurónico, que se presenta como un gel de viscosidad variable según el surco o línea a tratar. Su efecto dura de seis a 12 meses. Consiste en depositar bajo los surcos, en la sub dermis, o en los labios hipoplásicos, un material que no migre ni cambie de consistencia y a la vez que no produzca reacción inflamatoria.

Lipoinyección: Persigue el mismo efecto que los Fillers, pero usando grasa autóloga, obtenida del paciente mediante lipoaspiración. La posibilidad de usar una mayor cantidad de material, permite usarla para relleno de la región malar o mentón. Otra ventaja, es su capacidad de ser refrigerada para un uso posterior.

Peeling o Exfoliaciones: El tratamiento de la piel, líneas y surcos especialmente en la ritidosis del área peri bucal mediante peelings químicos, mecánicos (dermabrasión) o exfoliaciones con láser (erbium o CO₂), constituye una clara ventaja a emplear cuando se efectúa un lifting facial, sin embargo, constituyen una carga post operatoria extra para el paciente, quien debe estar informado de los riesgos y exigentes cuidados que estos procedimientos requieren por prolongados periodos. El cirujano, debe estar familiarizado con el manejo de las evaluaciones de la piel de acuerdo a la clasificación de Fitzpatrick, además de los tipos de piel según lubricación, tonicidad, ritidosis, presencia de lesiones cutáneas etc. y su distinto comportamiento frente a la agresión del procedimiento exfoliante. Conocer también, la prevención y tratamiento de las discoloraciones y otras po-

sibles complicaciones frecuentes en estos procedimientos 5-15.

Complicaciones del lifting facial

La más frecuente, sin dudas, es el hematoma, (2-4%) que la mayoría de las veces, se observa precozmente en las primeras 24 horas. En un 90 % o más, esta asociado a una crisis hipertensiva producida al despertar o a la situación de stress por dolor o vómitos. El hematoma debe ser drenado de inmediato, haciendo hemostasia de los puntos sangrantes para evitar el daño a la piel y evitar un prolongado y tórpido post operatorio. El actual 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 los problemas adicionales mencionados 13- 17. Las disestesias en la zona preauricular son frecuentes y regresan junto con el edema en un periodo de tres a seis semanas. Las lesiones nerviosas más graves, se producen por lesión del nervio gran auricular, rama temporal del facial (caída de la ceja) o del ramo mandibular del facial (caída de comisura). Estas lesiones se recuperan total o parcialmente en un 83% de los casos 3. Otras posibles complicaciones son las alopecias en las incisiones del cuero cabelludo, necrosis de bordes de herida (fumadores severos). Las cicatrices inestéticas, con frecuencia se deben al cierre con tensión de las heridas o inadecuada sutura de las mismas. Las infecciones, son raras y responden fácilmente a la terapia local.

BIBLIOGRAFÍA

1> Baker. T, Gordon y Stuzin : Surgical rejuvenation of the face. C. V Mosby,San Luis, second edition 1996.

2> Bela Fodor ,P y Isse N.: Endoscopically Asisted Aesthetic Plastic Surgery.

3> Brooke R. Shekel : Facial Danger Zones. QMP, Inc.St, Missouri 1994.

4> Castañares Salvador : Ritidectomía cervico facial. Aspectos generales. : Cir. Pl. Rec. y Estética. Coiffman F. T-III Cap.286. Masson-Salvat S.A . Barcelona 1994.

5> Clark Clifford P. : Alpha Hydroxy Acids in Skin Care: Clinics in Plastic Surgery. Vol.23 N°1. Jan,1996. W.B.Saunders Company.Phil.

6> Connell Bruce F. y Semlacher Roy : Cn-temporary 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 Rhytidectomy : QMP, Inc.St, Missouri 1993.

9> Hamra Sam, T : The Rol of Orbital fat preservation in Facial Aesthetic Surgery : Clinics in Plastic Surgery. Vol.23 N°1. Jan,1996. W.B.Saunders Company.Phil.

10> Lemmon, Mark L.: Color Atlas of SMAS Rhytidectomy. Thieme. John M. Goin, M.D. Series Editor 1984.

11> Little J. William: Three-dimentional Rejuvenation of the midface : Plast. Reconstr. Surg. 105, 267 , 2000.

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> Rosemberg Gary J.and GregoryBR.: Lasers in Aesthetic Surgery. Clinics in Plastic Surgery. Vol.23 N°1. Jan,1996. W.B.Saunders Company.Phil.

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>Singer George: Nomenclature for Lines and Grooves of the Face : : Plast. Reconstr. Surg.Vol.91. N°3- 540 ,March, 1993.