

## Comparación de dos técnicas quirúrgicas en el tratamiento del envejecimiento facial llevado a cabo en el Hospital Clínico Quirúrgico “Hermanos Ameijeiras”

### Comparison of Two Surgical Techniques for Managing Facial Aging and Used at “Hermanos Ameijeiras” Clinical-Surgical Hospital

Alicia María Tamayo Carbón<sup>1\*</sup> <https://orcid.org/0000-0002-5006-266x>

José Nemecio Cairos Báez<sup>1</sup> <https://orcid.org/0000-0001-6313-0820>

Juan Camilo Henao Salamanca<sup>1</sup> <https://orcid.org/0000-0003-0117-6094>

Diana Katherine Cuastumal Figueroa<sup>1</sup> <https://orcid.org/0000-0001-5277-281x>

<sup>1</sup>Hospital Clínico Quirúrgico “Hermanos Ameijeiras”. La Habana, Cuba.

\*Autor de correspondencia: [aliciatamayo67@gmail.com](mailto:aliciatamayo67@gmail.com).

#### RESUMEN

**Introducción:** El envejecimiento es un proceso natural, único y particular de cada individuo. Aunque está regido principalmente por la carga genética, hay múltiples tratamientos que lo retrasan. Se presentan los resultados del tratamiento quirúrgico de la flacidez cervicofacial con dos técnicas quirúrgicas.

**Objetivo:** Comparar el resultado del tratamiento quirúrgico para el rejuvenecimiento facial, mediante ritidectomía cervicofacial con plicatura o disección del sistema músculo aponeurótico superficial.

**Método:** Se realizó un estudio comparativo, prospectivo, de corte longitudinal, aleatorizado en el que se distribuyó la muestra en dos grupos. El universo estuvo conformado por todos los pacientes con signos clínicos de envejecimiento facial que acudieron a la consulta externa de Cirugía Plástica del Hospital Clínico Quirúrgico “Hermanos Ameijeiras”. Se excluyeron pacientes con consumo prolongado de antiinflamatorios no esteroideos (AINES), cirugías faciales previas, deformidades faciales congénitas o adquiridas, enfermedades dermatológicas activas, sistémicas descompensadas, psiquiátricas, síndrome de Ehler Danlos, queloides, sin control fotográfico preoperatorio, fumadores y embarazadas. La muestra quedó constituida por 16 pacientes operados de ritidectomía

cervicofacial. Grupo I: Operados por plicatura 9 pacientes. (Estudio) y Grupo II: Operados por disección 7 pacientes. (Control).

**Resultados:** Predominio de mayores de 60 años, sexo femenino, piel mestiza y estadio III de envejecimiento facial en preoperatorio y I en el posoperatorio en los dos grupos. Para evaluar resultados estéticos se examinó pliegue naso-labial, labio mandibular, curvatura de cachete y cuello. Fueron en el grupo I: buenos (77.7 %), regulares (22.3 %) y en el grupo II: buenos (85.7 %) regulares (14.3 %), no se identificaron complicaciones ni malos resultados.

**Conclusiones:** En la mayoría de los pacientes se logró disminuir al menos un estadio en el grado de envejecimiento, con simetría facial y cicatriz poco visible en ausencia de complicaciones. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

**Palabras clave:** envejecimiento facial; ritidectomía; plicatura; disección.

## ABSTRACT

**Introduction:** Aging is a natural, unique and particular process for each individual. Although it is governed mainly by genetic load, there are multiple treatments that delay it. The outcomes are presented of the surgical management of cervicofacial flaccidity with two surgical techniques.

**Objective:** To compare the surgical outcomes of facial rejuvenation by means of either cervicofacial rhytidectomy with plication or superficial musculoaponeurotic system dissection.

**Method:** A randomized, longitudinal, prospective and comparative study was carried out, for which the sample was divided into two groups. The universe was made up of all the patients with clinical signs of facial aging who attended the outpatient consultation of plastic surgery at Hermanos Ameijeiras Clinical-Surgical Hospital. Patients with prolonged use of nonsteroidal antiinflammatory drugs (NSAIDs), previous facial surgeries, congenital or acquired facial deformities, active dermatological diseases, decompensated systemic diseases, psychiatric diseases, Ehler-Danlos syndrome, keloids, without preoperative photographic control, smokers and pregnant women were excluded. The sample consisted of sixteen patients undergoing cervicofacial rhytidectomy. The group I (study) was made up of nine patients operated on by plication. The group II (control) was made up of seven patients operated on by dissection.

**Results:** There was a predominance of patients aged more than 60 years old, of the female sex, with mixed skin and stage III of facial aging in the preoperative period, as well as stage I of facial aging in the postoperative period in both groups. To assess the aesthetic outcomes, the nasolabial fold, mandibular lip, as well as the curvature of the cheek and neck were examined. In the patients from group I,

the outcomes were good (77.7%) or fair (22.3%), while in the patients from group II, the outcomes were good (85.7%) or fair (14.3%). No complications or poor outcomes were identified.

**Conclusions:** In most patients, it was possible to decrease at least one stage in the degree of aging, with facial symmetry, little visible scar and without complication. No statistically significant differences were found.

**Keywords:** facial aging; rhytidectomy; plication; dissection.

Entregado: 22/08/2020

Aprobado: 07/12/2020

## Introducción

El envejecimiento es un proceso natural, único y particular de cada individuo, aunque el mismo está regido principalmente por la carga genética, hay múltiples factores que influyen en él, tanto para acelerar su proceso, como para mitigar su avance. Estos cambios no son ni lineales, ni uniformes, y solo se asocian vagamente con la edad de una persona en años.<sup>(1)</sup>

Hasta mediados de los años 70, el envejecimiento facial se entendía como un fenómeno predominante o exclusivamente tegumentario. El paradigma etiopatogénico era el exceso de piel y de grasa, causantes de flacidez y arrugas. Con el paso del tiempo se empezó a comprender el envejecimiento facial como un proceso gradual y dinámico, que involucra todos los planos del rostro (piel, grasa, sistema músculo aponeurótico y óseo), al producir alteraciones en el aspecto de la piel y el tono, y al aumentar su superficie global.<sup>(2,3)</sup>

Para tratar de aminorar estos cambios ocasionados por el paso del tiempo y el envejecimiento, el hombre ha utilizado una amplia gama de métodos, dentro de los cuales se encuentran, tratamientos médicos y quirúrgicos.<sup>(2,4)</sup> Los procedimientos quirúrgicos en la actualidad para este fin son muy variados. Se destaca entre ellos la ritidectomía facial, la cual viene del griego *rhytis* que significa (arruga), y *ektome* (escisión). Aunque sus comienzos se remontan a inicios del siglo XX. La comunidad médica americana trató de censurar la cirugía cosmética en ese entonces, por lo cual las publicaciones de técnicas quirúrgicas fueron evitadas por años y el origen verdadero de este procedimiento es poco claro.<sup>(2,3,4)</sup>

Las primeras publicaciones sobre estiramiento facial tuvieron su origen en Alemania por Von Hollander, quien realizó el primer estiramiento facial a un aristócrata polaco en el año 1912. Pero no fue hasta 1932, que publicó la fecha de su intervención en un artículo retrospectivo sobre estiramientos faciales.<sup>(4)</sup> Otros médicos como, Joseph, Passot y Bourguet, describieron técnicas similares que consistían en escisiones elípticas para tratar el envejecimiento facial.<sup>(5)</sup>

Passot, en 1919, describió incisiones cutáneas múltiples temporales y pre auriculares para tensionar la piel facial flácida y caída. En 1931, Lexer publicó su técnica de disección subcutánea con una cercanía a los criterios modernos. A excepción de incisiones alternativas, no hubo cambios significativos en la evolución de la ritidectomía facial hasta 1968, en donde inicia una nueva era con Tord Skoog.<sup>(6)</sup> Este último, realizó una disección por debajo de la fascia superficial, la cual llamó "fascia bucal".<sup>(7)</sup> También incorporó el platismo del cuello en su colgajo y de esta manera, propuso suspender los tejidos desde esta fascia y no de la piel.<sup>(8)</sup> Tord Skoog en sus publicaciones (1969, 1972, 1973), describió un análisis de la mecánica del envejecimiento y la importancia del desplazamiento que sufren los músculos cutáneos, platismo y orbicular de los párpados, los cuales eran responsables de la formación de pliegues. A su vez, demostró, que la corrección quirúrgica sólo de piel, ignorando estos conceptos, compromete el resultado de esta cirugía.<sup>(6,7,8,9)</sup>

Se puede decir que fue Skoog quien comenzó a usar la fascia superficial y suspenderla a la fascia parotídea y mastoidea, lo cual trajo consigo resultados más duraderos en la cirugía del estiramiento facial. Unos años más tarde y bajo la supervisión de Tessier, los autores Mitz y Peyronie, en 1976 nombraron la fascia superficial, como sistema músculo aponeurótico superficial (SMAS).<sup>(10)</sup> Esto confirma la existencia de una capa de tejido diferente a la fascia parotídeo - masetérica.

El SMAS es un plexo fibromuscular localizado entre los músculos faciales y la dermis, el cual cubre los nervios motores faciales. Por su doble inserción no perturba la función de estos músculos, sino que la transmite.<sup>(10)</sup>

En la actualidad, con un mejor conocimiento de la anatomía facial y el advenimiento de nuevas tecnologías, la ritidectomía facial ha evolucionado en cuanto al surgimiento de variadas y nuevas técnicas quirúrgicas. Sabemos cómo y dónde actuar sobre el SMAS o el platismo a nivel del cuello y contamos con nuevas vías de acceso quirúrgicas y plicaturas, las cuales proporcionan, en la gran mayoría

de los casos, cambios psicológicos positivos, con mejoría notable de la auto imagen corporal y por lo tanto de la proyección social.<sup>(10,11,12)</sup>

Las técnicas quirúrgicas empleadas hoy en día para ritidectomía se pueden agrupar en tres grupos. Primero, las de plano cutáneo, que consisten en realizar una disección únicamente del plano subcutáneo, lo que hace recaer sobre la piel la mayor parte de la fuerza necesaria para alisar pliegues y reajustar volúmenes, y por ende, a expensas de tener un aspecto demasiado tenso y artificial de la piel y facciones.<sup>(12,13,14)</sup> Segundo, las técnicas que emplean el SMAS, surgen como una alternativa para mejorar el aspecto del lifting, ya que con su empleo comparten la tracción aplicada por las suturas de elevamiento y estiramiento con la piel. Estas recolocan el plano músculo aponeurótico, lo que proporciona mayor tono y menor efecto artificial. Tercero, las técnicas de plano sub SMAS o plano profundo, las cuales tienen la ventaja de que proporcionan un resultado con mayor grado de naturalidad y permanencia en el tiempo.<sup>(13,14,15,16,17)</sup>

Dado el incremento de pacientes que acuden a consulta para rejuvenecimiento facial se realiza la presente investigación, que tiene como objetivo comparar el resultado del tratamiento quirúrgico mediante ritidectomía cervicofacial con plicatura o disección del SMAS, caracterizar la muestra estudiada, comparar el estadio de envejecimiento facial preoperatorio y posoperatorio, describir los resultados estéticos de ambas técnicas quirúrgicas en la corrección de los signos de envejecimiento facial e identificar las complicaciones presentadas en ambos grupos de estudio.

## Métodos

Se realizó un estudio comparativo y prospectivo, de corte longitudinal, y aleatorizado en los pacientes con signos clínicos de envejecimiento facial que acudieron al servicio de Cirugía Plástica del Hospital Clínico Quirúrgico "Hermanos Ameijeiras", La Habana, Cuba, en el período comprendido entre septiembre del 2016 y agosto del 2018. El universo estuvo conformado por todos los pacientes con signos clínicos de envejecimiento facial, de ambos sexos, edades entre 30 y 69 años, signos clínicos de envejecimiento facial a nivel de 1/3 medio, inferior y cuello, con exámenes complementarios en parámetros aceptables, voluntariedad de participar en la investigación, previo consentimiento informado por escrito. Se excluyeron pacientes con consumo prolongado de AINES, cirugías faciales previas, deformidades faciales congénitas o adquiridas, enfermedades dermatológicas activas, sistémicas descompensadas, psiquiátricas, síndrome de Ehler Danlos, queloides, sin control fotográfico preoperatorio, fumadores y embarazadas.

La muestra estuvo constituida por 16 pacientes con signos clínicos de envejecimiento facial, a los que se les realizó ritidectomía cervicofacial en el periodo señalado. El tipo de muestreo seleccionado fue aleatorio simple, el cual fue distribuido en dos grupos según su asistencia a la consulta, iniciado por el grupo I e intercalado con el grupo II. Grupo I: Operados por plicatura del SMAS: 9 pacientes. (Estudio). Grupo II: Operados por disección del SMAS: 7 pacientes. (Control).

Para la obtención de la información se utilizó un modelo de vaciamiento de datos, previamente elaborado por el autor, el cual se aplicó durante la consulta por el personal médico y que contenía las variables objeto de estudio. (Tabla 1)

**Tabla 1.** Operacionalización de las variables

Variable	Estadificación
Edad	30 - 39 años 40 - 49 años 50 - 59 años 60 - 69 años
Sexo	Masculino Femenino
Color de piel	Blanco Mestizo Negro
Pliegue Nasolabial	Grado I Grado II Grado III
Pliegue Labio - Mandibular	Grado I Grado II Grado III
Curvatura del Cachete	Grado I Grado II Grado III
Angulo del Cuello	Grado I Grado II Grado III
Estadios del Envejecimiento Facial	Grado I Grado II Grado III
Complicaciones	Si No
Resultados Estéticos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bueno: Descenso de un estadio o más en la clasificación de envejecimiento facial. Simetría facial. Cicatriz poco visible. Ausencia de complicaciones</li> <li>• Regular: Tres de los criterios anteriores.</li> <li>• Malo: Menos de tres de los criterios anteriores.</li> </ul>

Fuente: Clasificación de envejecimiento facial del Dr. Fernando Pedroza Campo<sup>(18)</sup>

Para la estadificación del envejecimiento facial en la muestra, se realizaron tres valoraciones fotográficas de los pacientes, una preoperatoria y dos posoperatorias (primer y sexto mes, respectivamente). Cada una incluía 3 fotografías, una en proyección anterior y dos de perfil (derecho e izquierdo). Estas valoraciones se hicieron con el objetivo de determinar los resultados con ambos procedimientos quirúrgicos y se efectuaron de acuerdo a la clasificación de envejecimiento facial planteada por el Dr. Fernando Pedroza Campo,<sup>(18)</sup> la cual es una herramienta objetiva, que evalúa de forma rápida y sistemática tanto el envejecimiento facial, como su evolución posoperatoria.

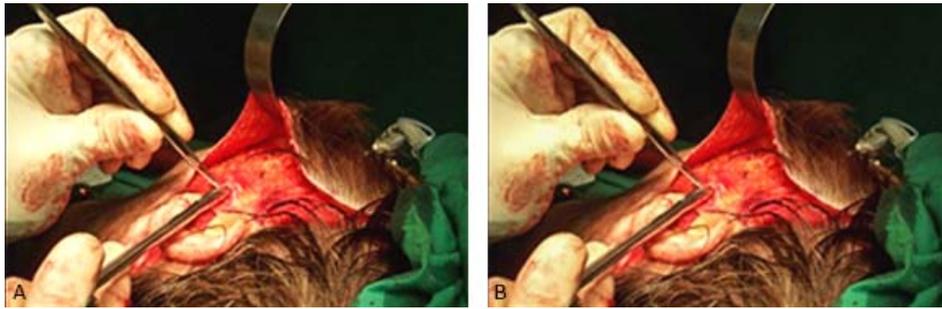
La investigación fue aprobada por el consejo científico del servicio de Cirugía Plástica y el comité científico del Hospital Clínico Quirúrgico "Hermanos Ameijeiras" y cumple con los principios de la declaración de Helsinki.

### Técnicas y procedimientos

#### Plastia cervicofacial con disección, elevación, resección y fijación del SMAS

Proceder con anestesia infiltrativa local de lidocaína al 0.5%, incisión cutánea según planificación y disección del colgajo subcutáneo cervicofacial. Comienza en la región temporal (5cm por encima de la oreja y 5cm por detrás de la línea pilosa), en plano subgaleal, para evitar la lesión de los folículos pilosos, y continúa en forma caudal y posterior por la región preauricular, retroauricular y mastoidea. La disección subcutánea se realiza con tijera con punta roma, se continúa más allá de la zona de redundancia cervicofacial, aproximadamente a 1cm del reborde orbital cruza la zona malar, y llega al pliegue nasolabial, a 1cm fuera de la comisura labial y en la zona cervical hasta cartílago tiroides. Hemostasia selectiva con electro coagulador.

Disección del colgajo del SMAS en la cara y músculo cutáneo del cuello. Toma como puntos de referencia para dicha disección la arcada cigomática y el ángulo mandibular respectivamente. Esto comienza con una incisión horizontal de 3-4 cm a la altura del borde inferior de la arcada cigomática realizada sobre el SMAS, desde el inicio del arco hasta 0,5-1 cm por delante del trago donde se hace vertical y paralela a la región preauricular y pasa por el borde del ángulo mandibular hasta 4 cm por debajo de este y por detrás del borde anterior del músculo esternocleidomastoideo (Fig. 1).



Fuente: Fotos del autor

Fig. 1. Disección del colgajo del SMAS

El SMAS se disecciona con bisturí pequeño con hoja N<sup>o</sup>. 15, se separa de la parótida; y la disección se extiende hasta su borde anterior, la cual se hace con mucho cuidado para evitar desgarrarlo, o lesionar las ramas del nervio facial por delante de la parótida ya que a este nivel se hacen más superficiales.

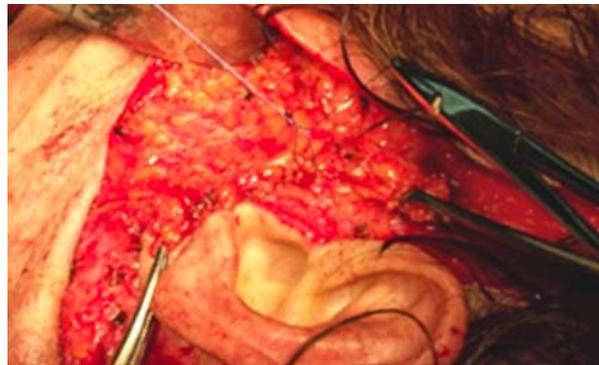
La disección en el cuello comienza en un punto situado a 4cm por debajo del ángulo de la mandíbula y en el borde anterior del músculo esternocleidomastoideo. Se levanta con pinza de Allis y se incide con bisturí el borde posterior del músculo cutáneo del cuello. Se realiza una disección en el espacio laxo, con tijera Metzenbaum con punta roma y con la concavidad de la misma hacia el músculo platisma para evitar lesionar el nervio auricular mayor y la vena yugular. Se disecciona de 3-4 cm y al traccionar el borde muscular se corrige el ángulo cervicofacial.

El colgajo del SMAS facial y músculo cutáneo en el cuello se tracciona en dirección céfalo posterior, se reseca el exceso y luego se sutura el colgajo final con puntos simples invertidos con nylon (3-0). El primer punto se sutura en el borde externo del músculo esternocleidomastoideo. La porción más alta del SMAS a nivel del borde inferior del arco cigomático se incide y se tracciona hacia arriba para la corrección del descenso gravitatorio de las estructuras profundas de los tejidos blandos y se sutura resecano un triángulo del SMAS.

Posteriormente, se rota en dirección céfalo posterior el colgajo cutáneo. Se hacen puntos de anclaje, se reseca el exceso de piel, colocándose drenajes y luego se sutura con puntos intradérmicos. Concluido el procedimiento quirúrgico se realiza el lavado cuidadoso del área y se colocan apósitos y vendajes compresivos elásticos para evitar el espacio muerto de los colgajos, los hematomas y los seromas. Se traslada el paciente a la sala de recuperación por un periodo de 1 hora y se da alta hospitalaria y seguimiento por consulta externa.

### Plastia cervicofacial con plicatura del SMAS

Se realiza preparación preoperatoria, asepsia, antisepsia, infiltración anestésica y disección del colgajo cutáneo, de igual forma que en el procedimiento quirúrgico previo. Posteriormente, se procede a traccionar en posición céfalo posterior el SMAS y el plano muscular subyacente sin disecarlo y se realiza la plicatura del mismo con nylon (3-0) puntos simples invertidos. El primero se sutura en el borde externo del músculo esternocleidomastoideo, la porción más alta del SMAS se tracciona y se sutura por delante del pabellón auricular haciendo puntos invertidos en esta zona. Se continúa el procedimiento de igual forma que en la técnica anteriormente descrita. (Fig. 2)



Fuente: Fotos del autor.

Fig. 2. Plicatura del SMAS

### Resultados

El 43.75 % del total de la muestra pertenecen al grupo de pacientes mayores de 60 años, seguido por el grupo de 50 a 59 años con 31,25 % y por último los pacientes entre 40 a 49 años con 25 %. No se operaron pacientes entre 30 - 39 años. El predominio fue del sexo femenino con 93,75 % del total. El 81,25 % del total de los pacientes pertenecieron al color de piel mestizo. El 56,25 % de la muestra se asignó a ritidectomía cervicofacial con plicatura del SMAS y el 43,7 % a disección del SMAS. La evaluación de los signos de envejecimiento facial para determinar el estadio pre y posoperatorio arrojó cambios evidentes posquirúrgicos a nivel del surco nasogeniano, pliegue labiomentoniano, cachete y ángulo submentoniano. (Tabla 2)

Tabla 2. Evaluación pre y posoperatoria de los signos de envejecimiento facial

Variable	Grado de envejecimiento	Preoperatorio %		Posoperatorio 1 m %		Posoperatorio 6 m %	
		Plicatura	Disección	Plicatura	Disección	Plicatura	Disección
Pliegue	I	0	0	0	28,6	0	24,3

Nasogeniano	II	22,3	14,3	100	71,4	55,5	28,6
	III	77,7	85,7	0	0	44,5	57,1
Pliegue Labiomandibular	I	33,3	42,8	55,5	100	55,5	100
	II	66,7	57,3	44,5	0	44,5	0
	III	0	0	0	0	0	0
Cachete	I	0	0	55,5	85,7	55,5	85,7
	II	44,5	57,2	44,5	14,3	44,5	14,3
	III	55,5	42,8	0	0	0	0
Ángulo Submentoniano	I	0	0	55,5	100	55,5	100
	II	77,7	42,8	44,5	0	44,5	0
	III	22,3	57,2	0	0	0	0

Fuente: Base de datos de la investigación. Plicatura n = 9. Disección n = 7.

Predominó el Estadio III de envejecimiento facial en el preoperatorio de ambos grupos. (Tabla 3)

**Tabla 3.** Distribución del estadio de envejecimiento facial en el preoperatorio según cirugía a realizar

Estadios de envejecimiento Preoperatorio	Técnica de ritidectomía				Total	
	Plicatura		Disección			
II	3	18,75 %	3	18,75 %	5	37,5 %
III	6	37,5 %	4	25,0 %	7	62,5 %
Total (n = 16)	9	56,25 %	7	43,75 %	16	100 %

Fuente: Base de datos de la investigación.

La tabla 4 muestra la distribución del estadio de envejecimiento facial al sexto mes de posoperatorio según la cirugía realizada. En el grupo de pacientes sometidos a plicatura, el estadio que predomina es el II con un 25 %. En el grupo de disección se evidencian dos grupos de predominio, el I y II con un 18,75 % para cada uno.

**Tabla 4.** Distribución del estadio de envejecimiento facial al sexto mes de postoperatorio según cirugía realizada

Estadios de envejecimiento Postoperatorio (6 m)	Técnica de ritidectomía				Total	
	Plicatura		Disección			
I	3	18,75 %	3	18,75 %	6	37,5 %
II	4	25 %	3	18,75 %	7	43,75 %

III	2	12,5 %	1	6,25 %	3	18,75 %
Total (n = 16)	9	56,25 %	7	43,75 %	16	100 %

Fuente: Base de datos de la investigación.

Los resultados estéticos en el grupo estudio fueron; buenos en 43,75 % del grupo de la muestra y 37,5%, en el grupo control y regulares 12,5 % y 6,25 % respectivamente. (Tabla 5).

Tabla 5. Resultado estético según tipo de cirugía realizada

Técnica de ritidectomía	Resultado estético				Total	
	Bueno		Regular			
Plicatura	7	43,75 %	2	12,5 %	9	56,25 %
Disección	6	37,5 %	1	6,25 %	7	43,75 %
	13	81,25 %	3	18,75 %	16	100 %
$X^2 = 0,788 \quad p = 0,375$						

Fuente: Base de datos de la investigación.

## Discusión

Como en otros campos de la medicina, la cirugía plástica es exigida en procedimientos seguros con resultados precisos y asertivos en cuanto a la excelencia con que el cirujano plástico logre cumplir con las expectativas del paciente. Estos retos son mayores frente a los procedimientos de rejuvenecimiento facial que permitan una recuperación fácil, de pronta re inserción a las actividades cotidianas, y que a su vez sea duradero.

En el presente estudio predominaron las mujeres mestizas mayores de 60 años, lo que coincide con diferentes autores internacionales como *Goulart*,<sup>(19)</sup> *Mole*,<sup>(20)</sup> y *Stocchero*,<sup>(21)</sup> así como con los estudios previos realizados en Cuba por *Troche*<sup>(22)</sup> y *Mena*.<sup>(23)</sup> Los rangos de edades en este estudio oscilaron entre los 40 y 67 años, con una media de 55 años, para los pacientes a los que se les realizó ritidectomía cervicofacial con disección del SMAS, y 57 años, para los de plicatura, observándose que ambos grupos presentan medias similares. Al comparar rangos de edades con otros autores como *Stocchero* (media 57.5), *Mole* (media 59,2), *Goulart* (media 56), se observa que las edades para tratamiento quirúrgico del tercio facial inferior y cuello son similares.<sup>(22, 24,25,26, 27)</sup>

En el preoperatorio la mayoría de los pacientes presentaron estadio de envejecimiento facial III y ningún caso se reportó como leve I. Al realizar el seguimiento al primer mes y al sexto mes, se evidenció un cambio en la distribución de los estadios de envejecimiento facial, ya que en el grupo de plicatura aparece el estadio I, y el estadio II predominó, con una reducción importante del estadio III. En los pacientes del grupo de disección se observa un patrón similar, lo cual demuestra que ambos procedimientos quirúrgicos producen reducción en los signos de envejecimiento facial, sin encontrarse diferencias significativas, lo que a su vez contrasta con los resultados encontrados por *Jacono*<sup>(13)</sup> y *Kilpatrick*<sup>(15)</sup>, donde la técnica ritidectomía con disección del SMAS y manejo de planos profundos, genera mejores resultados a mediano y largo plazo y con mejor evolución del contorno mandibular y cervical. Los resultados obtenidos con ambas técnicas fueron permanentes. Con el transcurso del tiempo se comprobó la mejoría del pliegue labiomandibular, del cachete y del ángulo submentoniano con igual magnitud pasado un mes y a los seis meses del posoperatorio.

Otros autores,<sup>(8,17)</sup> consideran que las ritidectomías subcutáneas extendidas no tienen resultados satisfactorios en el tiempo sobre los tejidos profundos, puesto que reaparecen nuevamente los signos de relajación de la piel y la grasa sobre los surcos. Autores como *Kaplan*, *Troche*, *Mena* y *Mercandetti*,<sup>(14,15,22,23)</sup> por el contrario, no encuentran diferencias en el manejo de planos profundos sobre el plano subcutáneo siempre y cuando se incluya en esta la plicatura del SMAS.

La ritidectomía ha evolucionado con el tiempo desde operaciones muy complejas y capaces de provocar serias complicaciones, hasta las modificaciones actuales que permiten practicarla como un procedimiento ambulatorio con anestesia local y sedación endovenosa.<sup>(28,29)</sup> En la actualidad, la morbilidad es mínima y los resultados muy duraderos. En cuanto a los resultados estéticos según la técnica quirúrgica empleada, se encontró en el grupo estudio un predominio de resultados buenos, con más del 70 % y en el grupo control más del 80 %. En ninguno de los dos procedimientos se presentaron malos resultados y al comparar los dos grupos, se observa una ligera variación en cuanto a los resultados estéticos, pero sin encontrarse diferencias significativas.

Aunque en esta investigación, las técnicas evaluadas arrojaron resultados muy similares, es conveniente mencionar, desde un punto de vista muy particular y subjetivo, que la disección del SMAS produce un contorneado mucho más definido y con mejor tratamiento cervical (Fig. 3 y 4), tal como lo describe *Troche*.<sup>(22)</sup>



Fuente: Fotos del autor

**Fig. 3.** Paciente operada con técnica de disección del SMAS. Pre y posoperatorio pasado los 6 meses.



Fuente: Fotos del autor.

**Fig. 4.** Paciente operada con técnica de plicatura del SMAS. A y B. Preoperatorio. C y D. Posoperatorio pasado un mes.

Las ritidectomías clásicas y radicales sólo incluían las escisiones cutáneas con resultados de corta duración, pero con el descubrimiento del SMAS, sus plicaturas y sus colgajos, los resultados fueron más duraderos. A pesar de esto, la corrección de los pliegues nasolabiales no se obtuvo, lo que llevó a disecciones más extensas con complicaciones asociadas. Con la lipectomía facial, la liposucción submentoniana, la resección e imbricación del platisma, los resultados de la ritidectomía facial se volvieron más atractivos y la subperióstica de Hamra proporcionó una solución de más largo plazo.

Al definir qué técnica quirúrgica es la idónea a realizar, se considera que la selección del procedimiento va determinada principalmente por la experticia y criterio de cada cirujano, en cuanto a tiempo quirúrgico, costos para el paciente

y hospital, así como el dominio de la misma, como lo describe *Baker*<sup>(30)</sup> en su estudio, "Complications of cervicofacial rhytidectomy", (1983).

Es importante mencionar que ambas técnicas quirúrgicas producen resultados satisfactorios y pueden ir complementadas con procedimientos auxiliares como liposucciones, bichectomias, blefaroplastias y rellenos, entre otras.<sup>(3,13,14,15,31,32)</sup>

El hematoma es la complicación más frecuente e impredecible de las ritidectomías con una incidencia variable (1-15 %), pero se puede disminuir con una hemostasia rigurosa, una suspensión de medicamentos anticoagulantes y AINES previamente y el control de las enfermedades de base, además de uso de drenajes de aspiración y un correcto seguimiento posoperatorio. Otra complicación temida es la lesión del nervio facial, la cual no se presentó en ninguno de los casos ya que no se realizó disección ampliada del SMAS, que es donde se han presentado la gran mayoría de las lesiones nerviosas. Por delante del borde anterior de la parótida, la disección del SMAS es muy peligrosa, debido a que las terminaciones nerviosas están muy superficiales, lo cual no justifica el riesgo en relación a los beneficios.<sup>(3,14,15,16,31,32,33)</sup>

## Conclusiones

Este trabajo permitió comparar el resultado del tratamiento quirúrgico para el rejuvenecimiento facial, mediante ritidectomía cervicofacial con plicatura, o con disección del SMAS, por medio de un seguimiento realizado durante seis meses del posoperatorio. No se encontraron diferencias significativas en los resultados estéticos en cuanto a edad, color de piel y técnica quirúrgica empleada. No se identificaron complicaciones, por lo que ambas técnicas quirúrgicas son seguras de realizar con los conocimientos adecuados.

## Referencias bibliográficas

1. Chan M. Informe Mundial sobre el envejecimiento y la salud. OMS Organización mundial de la salud. 2015[acceso:12/7/2020]. Disponible en: <http://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/es/>
2. Jacono A, Malone H, Thomas J. Nonsurgical Facial Rejuvenation Procedures in Patients Under 50 Prior to Undergoing Facelift: Habits, Costs, and Results.

---

Aesthetic Surgery Journal. 2017;37(4):448-53. DOI:  
<https://doi.org/10.1093/asj/sjw217>

3. Carriquiry C. Corrección quirúrgica del envejecimiento facial. Tendencias en medicina, 2011[acceso:12/7/2020];38(05):85-96. Disponible en:  
[http://www.tendenciasenmedicina.com/Imagenes/imagenes36/art\\_24.pdf](http://www.tendenciasenmedicina.com/Imagenes/imagenes36/art_24.pdf)

4. Dane M, Casanueva F, Wang T. Evolution of the Rhytidectomy. World Journal of Otorhinolaryngology Head and Neck Surgery, 2016;2(1):38-44. DOI:  
<https://doi.org/10.1016/j.wjorl.2015.12.001>

5. Kurban RS, Bhawan J. Histologic Changes in Skin Associated with Aging. The Journal of Dermatologic Surgery and Oncology, 1990;16(10):94-8. DOI:  
<https://doi.org/10.1111/j.1524-4725.1990.tb01554.x>

6. Jacobovsky L. Cirugía del envejecimiento. Revista Médica Clínica Los Condes. 2004[acceso:12/7/2020];15(1):20-7. Disponible en:  
<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-401534>

7. Pérez T, González C, González B. Aging, Elderly and Quality of Life: Success or Difficulty? Revista de enfermedades no transmisibles Finlay. 2018[acceso:23/7/2020];8(1):59-65. Disponible en:  
<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumenl.cgi?IDARTICULO=78214>

8. Malcolm P, Calvert J, Evans G. The Evolution of the Midface Lift in Aesthetic Plastic Surgery. Plastic and Reconstructive Surgery. 2006;117(6):1809-27. DOI:  
<https://doi.org/10.1097/01.prs.0000218839.55122.c0>

9. Jacobovsky D. Facial rejuvenation. Revista médica clínica Los Condes. 2010;21(1):99-106. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(10\)70511-3](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(10)70511-3)

10. Mitz V, Peyronie M. The superficial musculoaponeurotic system (SMAS) in the parotid and cheek area. Plastic and Reconstructive surgery. 1976;58(80):122-9. DOI: <https://doi.org/10.1097/00006534-197607000-00013>

11. Guevara N. Impactos de la institucionalización en la vejez. Análisis frente a los cambios demográficos actuales. Entramado, 2016;12(1):138-51. DOI:  
<http://dx.doi.org/10.18041/entramado.2016v12n1.23110>

12. Goodkind D, He W, Kowal P. An Aging World 2015 international reports. Washington: National institute on Aging; 2016. DOI:  
<https://doi.org/10.13140/RG.2.1.1088.9362>

13. Jacono A. Extended Smas Facelift. Medscape. 2018[acceso:12/7/2020];1(3). Disponible en: <https://emedecine.medscape.com/article/1818692-overview#a1>
14. Vallarta Rodriguez RA, Ruiz Treviño JJ, Guerrero F, Ferrero E, Velez BE. Ritidoplastia compuesta biplanar con restauración de volúmenes. Cir. Plas. Iberolatinoam. 2015;41(4):349-58. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0376-78922015000400002](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0376-78922015000400002)
15. Choi J, Hwang K. Comparison of Hamra's and Mendelson's Models of Midface Lift. J Craniofac Surg. 2019;30(8):2632-4 DOI: <https://doi.org/10.1097/scs.0000000000005884>
16. Surek CC. Facial Anatomy for Filler Injection: The Superficial Musculoaponeurotic System (SMAS) Is Not Just for Facelifting. Clin Plast Surg. 2019;46(4):603-12. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cps.2019.06.007>
17. Daher M, Rodriguez Muñoz A. The Eutrophic Rhytidoplasty Subdermal Tunneling and Minimal Skin Undermining. Eur J Plastic Surgery. 2015;36(2):87-94. DOI: 10.1007/s00238-012-0767-2. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00238-012-0767-2>
18. Desio ED, Revelli V, Vergara JF. Análisis retrospectivo de la técnica ritidoplastia durante 7 años 2001-2008, [tesis doctoral] Medellín: Instituto de ciencias de la salud CES. 2009. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10946/811>
19. Floyd EM, Sukato D, Perkins S. Advance In Face Lift Techniques, 2013-2018 A Sistematic Review. JAMA Facial Plast Surg. 2019;21(3):252-9. DOI: <https://doi.org/10.1001/jamafacial.2018.1472>
20. Mole B, Claveria G. Ritidoplastia con doble anclaje. Una técnica para principiantes. Cirugía plástica Iberolatinoamericana. 2015;39(3):231-41. DOI: <http://scielo.isciii.es/pdf/cpil/v39n3/original4.pdf>
21. Kleinberger A, Jeffrey H. What is the Best Method for Minimizing the Risk of Hematoma Formation After Rhytidectomy? The Laryngoscope. 2015;125(1):534-6. DOI: <https://doi.org/10.1002/lary.24685>
22. Troche E. Eficacia de la plicatura o disección del sistema músculo aponeurótico superficial para el tratamiento del envejecimiento facial. [tesis postgrado] La Habana: Hospital Clínico Quirúrgico "Hermanos Ameijeiras", 2000.

23. Mena R. Eficacia de la técnica de plicatura o disección del SMAS. [tesis postgrado] La Habana: Hospital Clínico Quirúrgico "Hermanos Ameijeiras". 2006.
24. Lizcano Fernández. Composición étnica de las tres áreas culturales del Continente Americano al comienzo del siglo XXI. *Convergencia*. 2005.[acceso: 12/7/2020];12(38):185-232. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10503808>
25. Karimi K, Reivitis A. Lifting the Lower Face With an Absorbable Polydioxanone (PDO) Thread. *J Drugs Dermatol*. 2017;16(9):932-4. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28915290/>
26. Goulart R, Scipioni AP. Ritidoplastia: Sutura del sistema SMAS Platisma e importancia de la filosofía de la naturalidad. *Cir. Plas.Iberolatinoam*. 2013;39(2):105-19. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0376-78922013000200001](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0376-78922013000200001)
27. Kaye KO, Kästner S, Paprottka FJ, Gonser P. The liquid facelift: First hands-on experience with facial water jet-assisted liposuction as an additive technique for rhytidectomy - a case series of 25 patients. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*. 2018;71(2):171-7. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29175136/>
28. Kalantar H, Shahrokh S. Prefabricated Skin Excision in Face Lift: A Simplified Technique. *World J Plast Surg*. 2019;8(1):62-8. DOI: <https://doi.org/10.29252/wjps.8.1.62>
29. Floyd M. Advances in Faces-Lift Techniques a Systematic Review. *JAMA Facial Plast Surg*. 2019;21(3):252-9. DOI: <https://doi.org/10.1001/jamafacial.2018.1472>
30. Baker DC. Complications of cervicofacial rhytidectomy. *Clin Plast Surg*. 1983;10(3):543-62. DOI: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6627843/>
31. Lambros V. Models of Facial Aging and Implications for Treatment. *Clin Plast Surgery*. 2018;35(2):319-27. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cps.2008.02.012>
32. Sapountzis S. Successful treatment of thread-lifting complication from APTOS sutures using a simple MACS lift and fat grafting. *Aesthetic Plast Surg*. 2012;36(6):1307-10. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00266-012-9975-1>
33. Ramirez Lara EJ, Campbel Salomon L, Prada Gonzales L, Adams Perez L, Santiso Ramos M, Mamani Choque E. Resultados de la ritidoplastia facial en el Hospital

---

General Provincial Docente “Dr. Antonio Luaces Iraola” en el periodo 2000-2015. *Mediciego*. 2017;23(2):37-44. Disponible en: <http://www.revmediciego.sld.cu/index.php/mediciego/article/view/663>

### Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

### Contribución de los autores

*Alicia María Tamayo Carbón*: Conceptualización, análisis formal, investigación, metodología, recursos, software, supervisión, visualización y redacción.

*José Nemecio Cairos Báez*: Conceptualización, supervisión, visualización y redacción.

*Juan Camilo Henao Salamanca*: Curación de datos, recursos y software.

*Diana Katherine Cuastumal Figueroa*: Conceptualización, investigación, metodología, software, visualización y redacción.