

Comentarios a dos artículos sobre lifting profundo

Comments on two articles on deep lifting

Dr. Alejandro Cantalapiedra

REVISTA ARGENTINA DE CIRUGÍA PLÁSTICA 2024;30(3):281-283. [HTTPS://DOI.ORG/10.32825/RACP/202403/0281-0283](https://doi.org/10.32825/RACP/202403/0281-0283)

Felicitaciones a los Dres. Pavani y Sánchez Saizar por sus excelentes presentaciones y calidad de sus resultados [RACPER 2024;30(2):104-105; RACPER 2024;30(2):116-120].

En años recientes se han popularizado los términos acuñados como *deep plane facelift*, *extended deep plane facelift*, *preservation deep plane facelift*, *deep neck lift*, etc., siendo ya este un motivo concreto de consulta.

El artículo presentado por el Dr. Pavani muestra una técnica muy similar al AuraLyft del Dr. Ben Talei, en muchos de sus pasos y detalles técnicos. Al igual que este último, otros autores como los Dres. Jacono, Mani y Nayak han contribuido también a la difusión de estos métodos de rejuvenecimiento facial quirúrgico.

Si bien todas estas variantes de colgajos compuestos derivan de una misma línea conceptual comenzada por el Dr. T. Skoog y continuada con los aportes de los Dres. Hamra, Barton y Mendelson, todas ellas persiguen, en mi opinión, dos objetivos principales: movilizar y repositionar de manera más eficiente el segmento anterior de la mejilla (SMAS móvil) evitando grandes despegamientos de la piel en aras de resultados más naturales con colgajos más seguros.

En relación con este punto, cirujanos de gran renombre y trayectoria, como B. Connell, S. Aston, J. Stuzin, T. Marten, K. Taek Keun o S. Perkins, entre otros muchos, han fijado posición en cuanto a la conveniencia del despegamiento cutáneo (plano dual, bilamelar) pues ello formaría parte también del tratamiento integral del envejecimiento y permitiría el uso de vectores de reposición independientes, si bien la piel es un elemento de cobertura y no de sostén.

Sostienen, además, que puede obtenerse una adecuada relajación de los ligamentos de retención osteocutá-

neos verdaderos (cigomático) y fasciocutáneos (maseterino superior en particular), ambos de impacto directo en la movilización de dicho segmento, así como una correcta definición de la región del cuello lateral usando diferentes técnicas de SMAS-platismoplastia. El ligamento mandibular (de los 3 ligamentos osteocutáneos descritos es, junto con el cigomático, el más fuerte y de mayor grosor por medidas ecográficas) suele liberarse a nivel subcutáneo o en el plano subperióstico. Cabe destacar que la anatomía y el estudio de la biomecánica de dichas estructuras, desde la primera descripción hecha por Furnas en 1989, continúan en revisión al día de hoy, así como los septos y retináculos y su interrelación dinámico-estructural con los compartimentos grasos, vasos y ramos del nervio facial (“efecto centinela”). Estudios recientes (Mirontsev, Distefano, 2024) no han encontrado cambios sustantivos en el tiempo en relación con la capacidad retentiva (“efecto pivote”) de dichos elementos; sí, por el contrario, existirían a nivel de los compartimentos grasos y óseo.

Pareciera ser que las dos hipótesis discutidas que intentan explicar el complejo proceso de envejecimiento de la cara, GRAVITACIONAL (ligamentos de retención) y VOLUMÉTRICA (atrofia de compartimentos grasos) no solo no serían excluyentes sino más bien complementarias. Ya en 1978, un grupo de opinión liderado por Connell abogó por el contorneado de las estructuras subplatismales profundas con fines estéticos. Posteriormente los Dres. Guyuron, Baker y, más recientemente, Bravo, Marten, Rohrich, Mendelson, O Daniel y Auersvald han contribuido también con sus aportes al perfeccionamiento del llamado lifting de cuello profundo, que incluyen el tratamiento de la grasa retroplatismal, músculos digástricos anteriores y glándula submaxilar, así como la liberación del tendón y la fascia supra- y perihioideas.

La remoción parcial de dicha glándula es uno de los puntos centrales de discusión. Muchos cirujanos que sostienen su utilidad utilizan el abordaje submentoniano para ello, mientras que otros, como Pelle Ceravolo, sugieren hacerlo por vía lateral. Concordamos con los autores en la importancia de diferenciar clínicamente de manera precisa una hipertrofia glandular real de

1. Comité Editor, Revista Argentina de Cirugía Plástica

✉ Correspondencia: Dr. Alejandro Cantalapiedra: aclcantalapiedra@gmail.com

Los autores no declaran conflictos de intereses

Recibido: 04/08/2024 | Aceptado: 14/08/2024

una ptosis de la misma, a la hora de elegir entre su suspensión o reducción quirúrgica.

Convendría evaluar también costo/beneficio de las potenciales secuelas que pueden derivar de este tipo de procedimientos, tales como sangrado con posible compromiso de la vía aérea, ahuecamiento submandibular y ángulo demasiado agudo sialoceles y fistulas salivales, así como los socavamientos e irregularidades del contorno que pueden ocurrir en los pacientes a los que se les realizan grandes lipectomías y miectomías en el espacio subplatismal. Ya D. Baker alertaba, hace 20 años, de que las posibles complicaciones de la cirugía retroplatismal agresiva podrían no compensar los beneficios de las mismas.

Otro punto de interés es la evaluación de resultados de largo plazo, dada la escasez de literatura comparativa de procedimientos; plicaturas/smasectomías/colgajos SMAS *vs.* liftings de planos profundos. F.F. Becker en su estudio (2004) informó una leve tendencia a parecer más efectivas las técnicas de plano profundo en pacientes de edad avanzada que en los pacientes más jóvenes. Según afirma el propio Ben Talei, los pacientes operados con su técnica van a verse bien 10 años.

También son motivo de debate comparativo, ítems como tiempos quirúrgicos, edema posoperatorio, secuelas motoras y sensitivas, así como naturalidad de resultados. Con respecto a lo primero, hay muchas variables que determinan el tiempo quirúrgico y posterior convalecencia.

Es probable que ambos parámetros tengan mucho que ver con los procedimientos complementarios que uno añada a su plan quirúrgico, quizá más que con las técnicas en sí mismas. En relación con la tasa de lesiones nerviosas motoras, no pareciera haber diferencias estadísticas significativas utilizando técnicas de lifting profundo en manos, eso sí, de cirujanos familiarizados con ellas, como ha sido bien remarcado. La presencia de disestesias más prolongadas en los despegamientos cutáneos amplios, sí, quizá, sea más frecuente.

La naturalidad de un resultado es probablemente la variable más compleja de valorar, dada la subjetividad de apreciación por los pacientes y los propios cirujanos, y su grado de expectativas.

Un resultado natural quizá podría depender más de la elección correcta de los vectores de reubicación de todas las estructuras y de un enfoque y tratamiento global del envejecimiento con procedimientos accesorios bien indicados (la cara envejece en su conjunto) que de la técnica elegida *per se*, pues muchos de los estigmas de "cara operada" como el barrido lateral (*lateral sweep*) etc., pueden ocurrir con cualquier tipo de procedimiento, como bien ha sido citado en uno de los artículos presentados aquí.

Quisiera dejar algunas inquietudes/preguntas para los autores:

-) En las técnicas de plano profundo, la suspensión y reubicación del colgajo cutáneo-SMAS-platisma se

hace lejos de la línea de entrada a los espacios deslizables en relación a las técnicas de SMAS, en las cuales la reposición y cierre de las estructuras respeta su topografía anatómica natural. ¿Podría generar esto algún tipo de distorsión anatómica y qué cambios de largo plazo puede producir la liberación (sección completa) del sistema ligamentario de retención?

-) La miotomía horizontal del platisma (Jacono, Cakmak) por debajo del nivel de la mandíbula y posterior anclaje de su borde lateral (parte más gruesa de este) ¿puede derivar en algún tipo de atrofia futura del mismo?

-) En los casos de elastosis actínica severa o pérdidas importantes de peso y subsecuente exceso de tejido, ¿serían eficientes este tipo de procedimientos o podrían limitar los resultados?

-) En los pacientes jóvenes con cuello obtuso e hioideos bajo, ¿indicarían el lifting de cuello profundo con abordaje exclusivamente submentoniano o usarían un doble abordaje?

-) En pacientes con varias ritidoplastias previas, ¿qué elementos clínicos toman en cuenta para indicar un lifting de plano profundo? ¿Cuándo y por qué no lo indicarían?

-) Dado que la tendencia desde hace años es operar a pacientes cada vez más jóvenes (con signos solo incipientes de envejecimiento), en los cuales se obtienen excelentes resultados con incisiones y procedimientos muy cortos, ¿no deberían reservarse este tipo de técnicas para los grupos de pacientes con ptosis más avanzadas y fumadores? Me gustaría saber su opinión al respecto.

-) Una ptosis leve de la glándula submaxilar tanto previa como posterior a un buen resultado de cervicoplastia estética, ¿es verdaderamente un motivo de *discomfort* para el paciente o lo es más para el cirujano? ¿Qué opinión tienen al respecto?

-) ¿Qué elementos distintivos de sus técnicas son los que creen, proveerían más naturalidad a un resultado específicamente?

-) ¿Cuál creen que sería el mejor camino a seguir en una cirugía de revisión post "*deep plane*"? ¿Qué alternativas recomiendan? ¿Sería suficiente un ajuste de la piel o usarían la misma?

-) ¿Puede afirmarse ya que los resultados de los procedimientos de plano profundo, son más duraderos en el mediano-largo plazo *vs.* otros tipos de liftings, y por qué?

Desde las primeras presentaciones escritas de las que se tiene referencia (1903-1906), la cirugía estética facial no ha dejado de evolucionar y perfeccionarse. Existe, sin duda, un cierto paralelismo con la evolución que han tenido también la rinoplastia estética (cerrada, abierta, estructural, de preservación, híbrida) y la cirugía de contorno corporal (*soft, medium, high definition*, voluminización muscular, remodelación costal). Como reflexión final, ¿estamos, quizá, ante un cambio de paradigma en

la cirugía plástica-estética? ¿Debemos desterrar los procedimientos clásicos, los cuales han generado un alto grado de satisfacción en un elevado porcentaje de pacientes, o todavía pueden convivir con los nuevos?

Creo firmemente que todo esfuerzo que apunte a maximizar los resultados estéticos en busca del “lifting ideal” es, y será, siempre bienvenido tanto para nuestros pacientes como para nosotros.

El Dr. Aston fue preguntado no hace mucho tiempo

por un *fellow* acerca de cuál sería la mejor técnica de estiramiento facial, a lo cual respondió: “Existen muchos tipos de liftings así como también de caras, es la experiencia del cirujano, basada en el perfeccionamiento y la confianza en sus técnicas, bien aplicadas, lo que marca la diferencia”.

* La recurrencia de las bandas platismales será objeto de debate en algún capítulo futuro de la revista.