

DPFL y procedimientos agregados

DPFL and additional procedures

Dr. Juan Pavani

REVISTA ARGENTINA DE CIRUGÍA PLÁSTICA 2024;30(4):346-348. [HTTPS://DOI.ORG/10.32825/RACP/202404/0346-0348](https://doi.org/10.32825/RACP/202404/0346-0348)

La durabilidad y la naturalidad en los resultados bajo la técnica DPFL está directamente relacionada a tres factores:

- La liberación** de los ligamentos de retención permite una mayor movilidad del colgajo compuesto. La vectorización es vertical en dirección contraria al proceso de envejecimiento, este sucede sin duda en el plano 3 por deslizamiento y abultamiento del mismo sobre el plano 4 (espacios deslizables).
- Colgajo compuesto**, los puntos de fijación del SMAS-platisma no deslaminado tienen una mejor perfusión sanguínea. Reduce el riesgo de sufrimiento cutáneo en pacientes fumadores.
- Libre de tensión**. Las líneas vectorizadas por las suturas sin tensión no presentan atrofia. Sería un error realizar esta técnica e imponer tensión-energía en los tejidos; en estos casos los resultados no serán perdurables, por isquemia y atrofia.

Un ejemplo concreto de poca durabilidad son las técnicas de plicatura, SMASectomía “expuestas a tensión” más aún al no liberar los ligamentos de retención, o también por la deslaminación realizada en la técnica biplanar (*high*-SMAS).

Quando habla de barrido “*sweep deformity*”.

Esta es causada por la energía impuesta en un vector posterior y superior en sutura correspondiente a nivel de trago superior o base de patilla, que producirá la atrofia lineal del SMAS hacia el modiollo. Esta puede suceder en todas las técnicas.

La más susceptible a esta complicación es el *high*-SMAS por el agregado de deslaminación SMAS-platisma de la piel.

Quando nombra la miotomía lateral de platisma preconizada por el Dr Andrew Jacono.

Esta favorece la vectorización lateral, pero desactiva la vectorización vertical que realiza el SMAS platisma facial sobre el cuello submental, personalmente hago una modificación con una excoriación mínima del PM a nivel del gonion.

En los pacientes con mucha flacidez o que han descendido de peso

“no utilizo la vela de bote” que he descrito en el trabajo comentado, en el cual adjudico como autor al Dr. Benjamin Talei.

Utilizo el ingreso convencional al *deep plane* ya que nos encontraremos con una mayor desplazamiento del colgajo compuesto y la necesidad de retirar mayor cantidad de piel.

El concepto actual del tratamiento del cuello: la liposucción se realiza con menor frecuencia ya que suele lesionar el músculo platisma (MP), debilita su perimio favoreciendo desgarros ante las suturas, con pérdida del resultado en forma prematura.

Es muy importante comprender que en el cuello el proceso de envejecimiento es diferente, hay una redistribución de la grasa profunda e incompetencia continente-contenido, hay un descenso de las estructuras profundas, del piso bucal. La simple plicatura del MP no da resultado y cuando lo da es transitorio, el músculo es delgado y sus fibras verticales tienden a elongar a modo de abanico ante la tensión continua.

Las estructuras profundas que descienden por presión del piso bucal pueden ser reducidas, grasa profunda, músculo digástrico vientre anterior y lóbulo superficial de la glándula submaxilar (GSM).

Esto permitirá la reposición del MP para formar el cuello sin soportar estas estructuras.

Con respecto a la glándula submaxilar. Cuando la GSM es fácilmente palpable, es necesaria su reducción. Si el cirujano no está dispuesto hacerla, sugiero “no” reducir las demás estructuras profundas “exageradamente” debido a que la hamaca lateral del MP para elevar la GSM no es perdurable por más de seis meses a un año.

1. Práctica privada

✉ Correspondencia: Dr. Juan Pavani. juanpavani49@gmail.com

Los autores no declaran conflictos de intereses

Recibido: 27/09/2024 | Aceptado: 24/10/2024



Figura 1. Tratamiento del cuello profundo donde había una GSM palpable y no se hizo la reducción de la misma (flecha amarilla).

En los casos de tratamiento de cuello profundo sin reducción de la GSM, el paciente observará con el tiempo la aparición de un nódulo anterolateral con pérdida de definición y naturalidad del borde mandibular y cuello (**Figura 1**).

La reducción de la GSM desde un abordaje lateral tiene mayor riesgo de lesión de las ramas cervicales del nervio facial que inervan al MP y al músculo depresor común del labio inferior. Además, es necesario tratar las estructuras profundas anteriores, por lo tanto la incisión submental abordaje anterior es la ideal para tratar todas las estructuras del cuello profundo de forma uniforme.

El cuello obtuso joven en general va acompañado de cierto grado de retrognatia y menor distancia bigonial deficiencia continente contenido.

La técnica de cuello aislado en plano profundo, con abordaje submental, está indicada en estos casos; no es necesaria la tensión lateral ya que la piel cervical anterior se amoldará a la nueva estructura simplemente, una recta tiene menos distancia que una curva.

Un tema controversial, las bandas del MP, ya que la única técnica que las trata efectivamente es el corset del Dr Joel Feldman, quien trata el cuello profundo y concluye con una plicatura supra- e infrahiodea. Pero esta técnica, principalmente la plicatura infrahiodea, tiene una desventaja: no permite una buena elevación del platisma SMAS facial condicionando el ascenso del tercio medio facial.

Es simple de comprender, ya que todas estas estructuras del plano 3 descienden en conjunto y la plicatura medial impone tensión en el mismo sentido del envejecimiento y “no al contrario”, lo cual sería mas lógico. La técnica de *deep plane* corrige el *jowl* y el reborde mandibular surco de marioneta en forma más eficaz; esto es lo que primero percibe un **paciente joven** y es aquello que habitualmente quieren mejorar.

Perfectamente se puede realizar la técnica de DPFL, un procedimiento secundario

En un *deep plane* secundario nos encontraremos con los espacios deslizables nuevamente formados, las zonas de nuevas adherencias solo estarán en los ligamentos de retención

Para comprender la dificultad de realizar un DPFL secundario es importante comentar que será más simple y anatómico que realizar un DPFL primario en un paciente al cual le aplicaron hidroxiapatita y/o bioestimuladores. Esto no solo hace más difícil la disección sino que también perjudica la distensión de la cara correspondiente al SMAS móvil por fibrosis, estos tejidos que se tornan inelásticos generan tracción del SMAS en la apertura bucal, también adherencias no anatómicas con cierto compromiso en la perfusión del colgajo, condicionando así los resultados en términos estéticos y de durabilidad ante todas las técnicas de lifting cervicofacial.

Algo similar sucede en pacientes con tratamientos estéticos faciales y cervicales de energía aplicados en más

de una sesión, suele observarse atrofia del plano 3 (laser subcutáneo, ultrasonido, radiofrecuencia).

Por esta atrofia el SMAS-MP es muy delgado. En estos casos esta indicada la técnica DPFL de preservación donde todos los colgajos laterales son compuestos.

CONCLUSIÓN

A. LIBERACIÓN DE LOS LIGAMENTOS

Ventajas: permite una mayor movilidad del colgajo y una mejor vectorización, no es necesario imponer energía en el punto de sutura favoreciendo la durabilidad del resultado.

Desventajas: una inadecuada vectorización hacia posterior del MFP y con cierta tensión producirá un aplastamiento por elongación del mismo, observándose un aplanamiento del cigoma.

B. NO LIBERACIÓN DE LOS LIGAMENTOS

Ventajas: la tracción del SMAS, plicatura, SMASectomía, high-SMAS cualquiera sea el vector se obtendrá mayor volumen en el cigoma debido a que los ligamentos generan un stop, un acúmulo de tejidos.

Desventajas: el SMAS posterior donde se encuentra la tracción presentará cierta isquemia y atrofia con pérdida de su anclaje en menor tiempo, el resultado obtenido se verá afectado prematuramente en las regiones distales: *jowls*, surco de marioneta y borde mandibular y cuello