



LIFTING FACIAL PERIAURICULAR LIMITADO: CÓMO TRATAR UNA CICATRIZ CORTA: UNA CONTRIBUCIÓN TÉCNICA

LIMITED PERIAURICULAR FACELIFT HOW TO DEAL WITH SHORT SCAR:
A TECHNICAL CONTRIBUTION

Centurión Rivas P^{1a}, Montenegro Mirez C^{2b}, Ramos Masson G^{4c}, Caballero Calixto G^{3a}

RESUMEN

El lifting facial, en la actualidad, es uno de los procedimientos estéticos más demandados y considerado como la Cirugía de Rejuvenecimiento Facial por excelencia.

El propósito de la presente técnica es ofrecer un procedimiento quirúrgico alternativo de cicatrices reducidas, limitadas a la zona peri-auricular, fácilmente reproducible, sin incisiones extendidas mucho más allá del surco retro-auricular ni necesidad de colgajos para la región temporal..

Nuestra técnica se basa en una reposición en bloque de la zona preauricular, movilización de colgajos cervicales y rotación de un colgajo retroauricular, evitando colgajos e incisiones en la región temporal y occipital; por lo tanto, minimizando las cicatrices visibles (cicatriz prepilosa occipital), socavación de tejidos anchos, y además reduciendo el riesgo de dañar las estructuras nerviosas con menor tiempo de recuperación para nuestros pacientes, logrando resultados naturales y duraderos.

ABSTRACT

Limited Periauricular Facelift how to deal with Short Scar: A Technical Contribution Abstract Facelift, currently, is one of the most demanded aesthetic procedures and considered as the Ultimate Facial Rejuvenation Surgery.

The purpose of this present technique is to offer an alternative surgical procedure of reduced scars, limited to the peri-auricular area, easily reproducible, without the need of extended incisions far beyond the retro-auricular sulcus neither the need of flaps for the temporal region.

Our technique is based on a block reposition of the pre auricular area, cervical flaps mobilization and rotation of a retro auricular flap, avoiding flaps and incisions in the temporal and occipital region; therefore, minimizing visible scars (occipital pre-pilose scar), wide-tissue undermining, and in addition reducing the risk of damaging nerve structures with less recovery time for our patients, achieving natural and long lasting results.

¹ Instituto de Investigaciones en Ciencias Biomédicas. Universidad Ricardo Palma. Lima, Perú.

² Servicio de Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva, Profesor Ivo Pitanguy. Brasil.

³ GC Cirugía Plástica y Estética

⁴ Universidad Privada de ciencias aplicadas, UPC. Lima, Perú.

^a Cirujano Plástico.

^b Residente de Cirugía Plástica.

^c Médico Cirujano.

Citar como: Centurión Rivas P, Montenegro Mirez C, Ramos Masson G, Caballero Calixto G. Lifting facial periauricular limitado: cómo tratar una cicatriz corta: una contribución técnica. Rev Fac Med Hum. 2022;22(4):776-782. doi:10.25176/RFMH.v22i4.5172



INTRODUCCIÓN

Actualmente, el Lifting Facial constituye uno de los procedimientos quirúrgicos estéticos más demandados, ocupando el séptimo lugar en popularidad entre todos los procedimientos según las estadísticas publicadas por ASAPS 2019. Este procedimiento es considerado el estándar de oro para el Rejuvenecimiento Facial Quirúrgico. Un punto en común entre las diferentes técnicas quirúrgicas descritas en los libros de texto es el tratamiento del sistema aponeurótico muscular superficial (SMAS), que van desde la plicatura, escisión, bifurcación y división en uno o múltiples vectores del SMAS, entre otras variantes^(1,2).

Como lo describe el Prof. F. Nahai, los pacientes que buscan procedimientos de rejuvenecimiento facial desean aquellos que ofrecen cicatrices reducidas o invisibles; recuperación corta períodos de tiempo; y resultados naturales duraderos. Por tanto, nuestros procedimientos quirúrgicos deben implicar una menor disección de tejidos y menos colgajos levantados siempre que podamos aplicar este principio en nuestros pacientes. Esto también requiere el uso de procedimientos complementarios como el injerto de grasa facial para reemplazar el volumen facial perdido^(3,4). En 2001 Baker, y luego Tonnard en 2002, atrajeron la

atención mundial al introducir nuevos enfoques en ritidectomía con incisiones reducidas a través de una técnica que ofrecía un estiramiento facial de cicatriz corta; sin embargo, estos procedimientos dejaron una incisión marcada y visible en el área temporal al crear un colgajo temporal^(5,6). Desde nuestra perspectiva, la técnica MACS crea más un colgajo de rotación en el área temporal que un verdadero levantamiento del colgajo temporal con el riesgo de lesionar la rama frontal del nervio facial⁽⁷⁾.

Técnicamente, una cicatriz quirúrgica se reduce cuando la incisión permanece en el surco retroauricular⁽⁸⁾. Estamos de acuerdo con este concepto pero con nuestra técnica evitamos hacer una incisión temporal y diseccionar el colgajo temporal, lo que en consecuencia minimiza las cicatrices visibles y la disección del tejido. Nuestra incisión y rotación del colgajo retroauricular logra el exceso de piel cervical sin dejar cicatrices visibles en la línea del cabello occipital.

Técnica quirúrgica

Nuestra técnica se basa en el procedimiento de estiramiento facial de cicatriz corta sin colgajo temporal, en el que se utilizan incisiones preauriculares y retroauriculares limitadas para tratar toda el área de la cara y el colgajo cervical en un bloque evitando un colgajo temporal y occipital⁽²⁾. Figura 1.

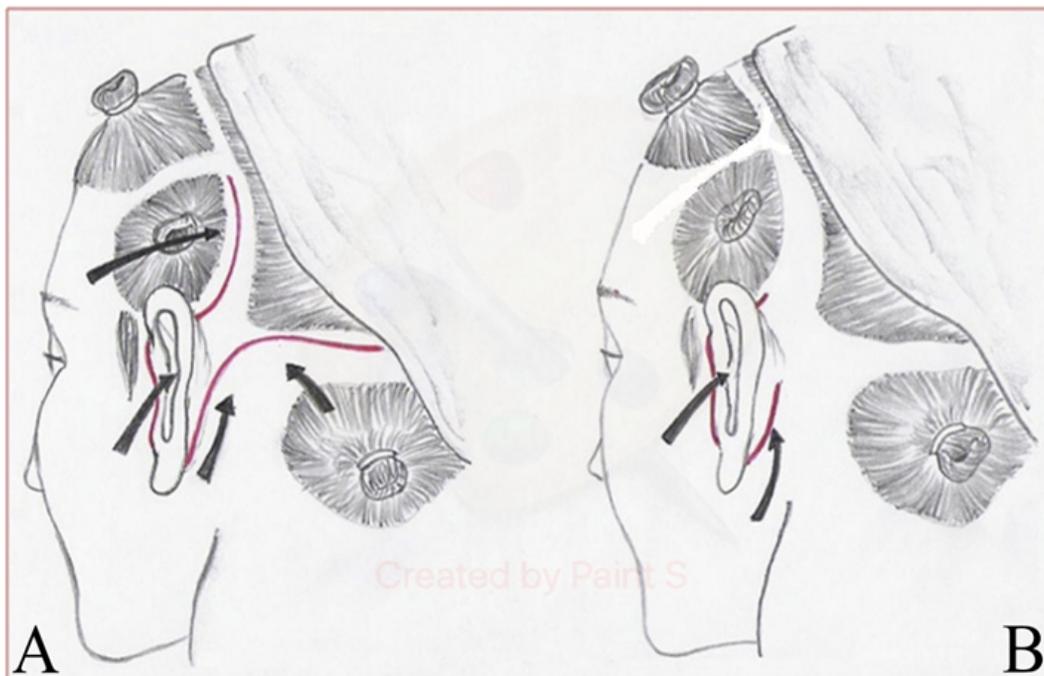


Figura 1. Una comparación entre la incisión utilizada para la técnica de estiramiento facial estándar (A) y para nuestra técnica propuesta (B).

Este procedimiento se realiza en un quirófano bajo sedación guiada por un anestesiólogo y anestesia local. Se utiliza una solución de lidocaína al 2% (40cc) junto con 1ml de Epinefrina 1/1000 y una solución salina fría (0,9% 160cc) con 4cc de bicarbonato al 8,4%, que se inyecta con jeringas de 10 cc y una aguja grande de 2" de un catéter EV de 18 G. El volumen de infiltración es de 50 a 60 cc por cada lado de la cara y de 30 a 40 cc en la zona cervical. La incisión preauricular se realiza desde la raíz del hélix y avanza en forma retrotragal hasta llegar al vértice del lóbulo de la oreja. Posteriormente, siguiendo el área retroauricular, la incisión continúa a lo largo de la superficie convexa de los cornetes

auriculares donde el límite superior es el punto medio de los cornetes auriculares. El límite superior de disección del colgajo preauricular es una línea paralela al arco cigomático, 2cm por encima del mismo y lateral al borde orbitario. La disección retroauricular comienza en el punto medio de los cornetes auriculares y continúa 4 cm por debajo del lóbulo de la oreja en dirección cervical antes de ascender 3 cm desde el lóbulo de la oreja hacia el borde mandibular. El plano de disección a lo largo del colgajo preauricular es subdérmico y el límite medial se establece entre 6 a 7 cm desde el punto de incisión (Figura 2).

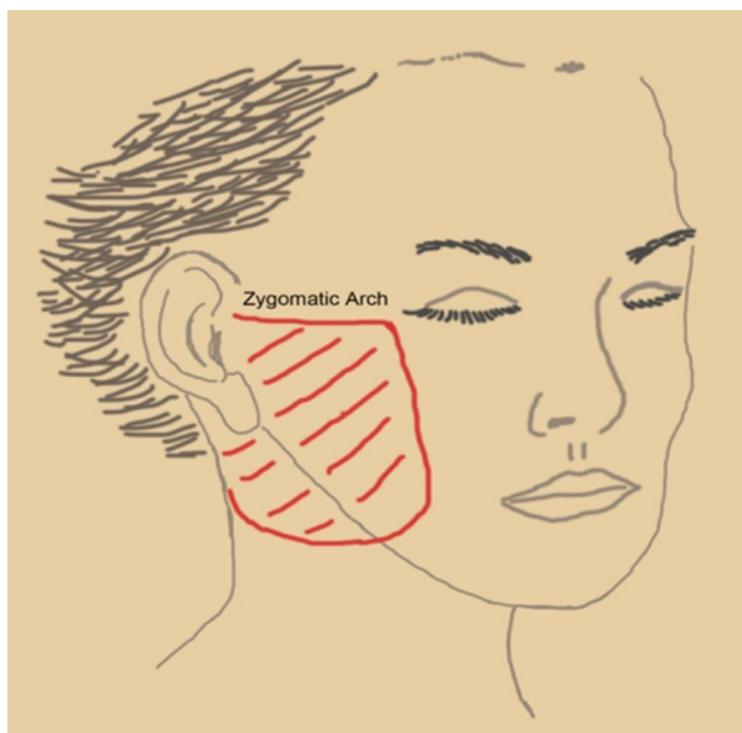


Figura 2. El área sombreada en rojo muestra el área de disección que permite tratar el SMAS.

Una vez disecados los colgajos pre y retroauriculares, se realiza la hemostasia y comenzamos a realizar la SMAS-plicatura o mastectomía, utilizando puntos de colchonero horizontales invertidos con una sutura de Nylon 4/0; el abordaje (número de suturas de plicatura) del SMAS y del platismo depende de las preferencias personales.

La tracción de los colgajos pre y retroauriculares sigue la dirección descrita en la técnica Round Block desarrollada por el Prof. Ivo Pitanguy (9). Mientras que el colgajo preauricular se sujeta con dos pinzas de Allis y se aplica contratracción; con una pinza de colgajo de Pitanguy marcamos en la raíz del hélix el exceso de piel a

retirar y con un Nylon 4/0 nudo delimitamos nuestro punto de referencia A (Figura 3.1). Luego se libera el lóbulo de la oreja mediante tracción oblicua del colgajo y con una pinza de Allis marcamos la nueva posición del lóbulo de la oreja (sin exceso de tracción); luego se fija el colgajo con sutura subdérmica de Vicryl 4/0 y con Nylon 5/0 para la piel (Figura 3.2 y 3.3).

Se tira del colgajo cervical y se marca el punto que mejor coincida con el punto más cefálico de nuestra incisión y posteriormente se sutura subdérmicamente con Vicryl 4/0 en el punto más cefálico de los cornetes auriculares, que se marca como punto de referencia B1. El punto B2 es la distancia media entre el lóbulo fijo y el punto B1. El

colgajo se fija con sutura subdérmica de vicryl 4/0 que se coloca en la dermis que se va a reposicionar (Figura 3.4). Finalmente, se elimina el exceso de piel en las zonas pre y retroauricular mediante tracción leve-moderada y ajuste del colgajo (Figura 3.5). Se cortan las orejas de ambos lados, por encima del punto A y por fuera del

punto B1, y se compensa el tejido residual (Figura 3.6 y 3.7). Al final del procedimiento, se utilizan suturas de nailon 5/0 para la piel preauricular, mientras que para la piel retroauricular se prefieren las suturas de nailon 4/0. Se deja colocado un tubo de drenaje con presión negativa durante 1 o 2 días como máximo (Figura 3.8).

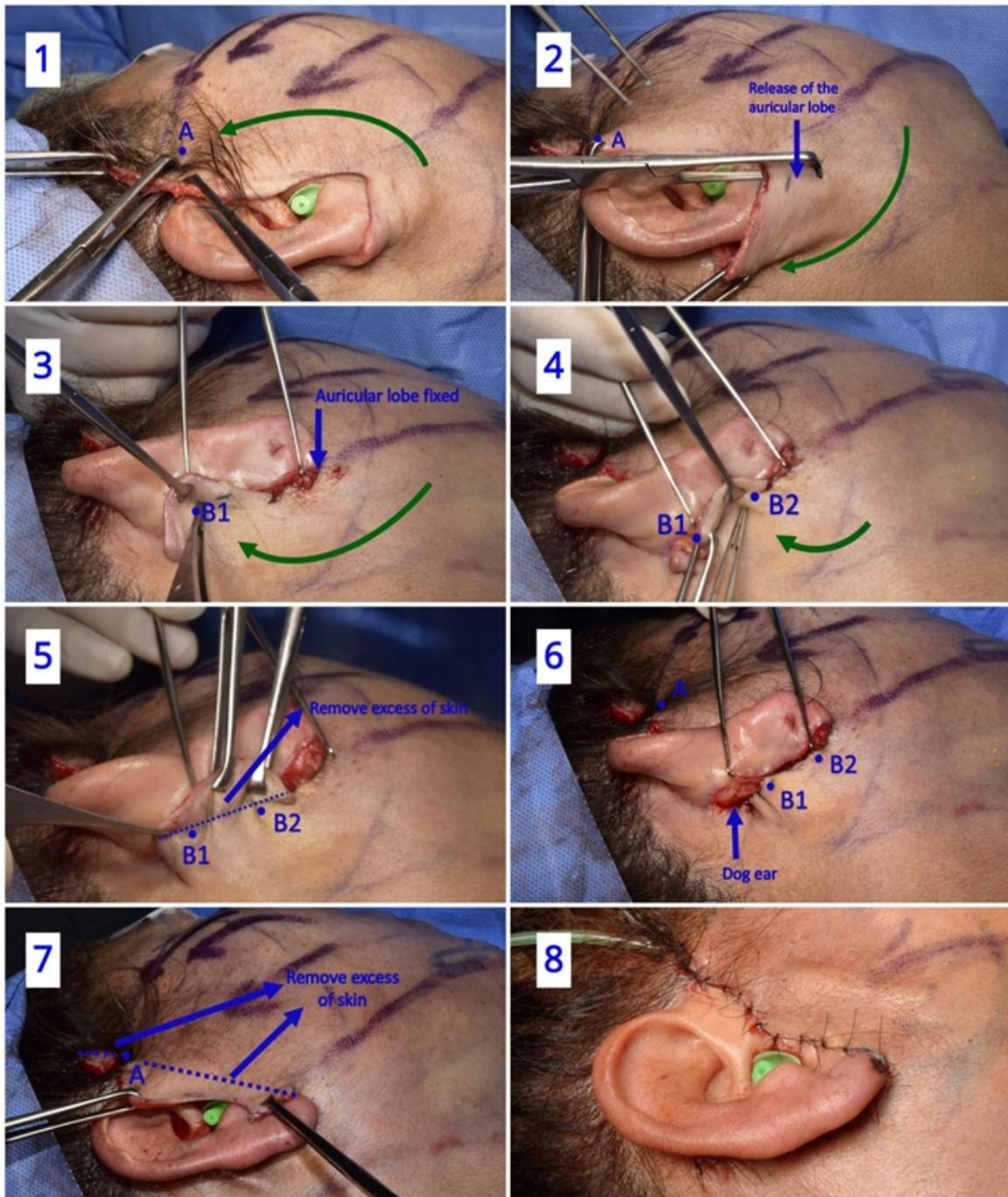


Figura 3. Estiramiento facial periauricular de cicatriz corta limitado. 1. Fijación del Punto A. 2. Liberación de lóbulo de la oreja, previa corrección de la flacidez cervical. 3. Configuración del punto subdérmico B1. 4. Configuración del punto subdérmico B2. 5. Exceso de piel retroauricular. 6. Resección del exceso de tejido retroauricular. 7. Exceso de piel preauricular. 8. Resección del exceso de piel preauricular y manipulación de tejidos.

Habitualmente realizamos un procedimiento complementario con injerto de grasa facial utilizando microcánulas en las zonas no diseccionadas para recuperar el volumen perdido en esos tejidos. Las

cicatrices son prácticamente invisibles y bien aceptadas por nuestros pacientes y, por lo general, a los 3 meses se asientan (Figura 4).



Figura 4. Cicatrices postauriculares y preauriculares.

DISCUSIÓN

La técnica de Estiramiento Facial Periauricular Limitado permite un método reproducible de tratamiento de los 2/3 inferiores de la cara y cuello con menos cicatrices y manipulación menos traumática de los colgajos

faciales. Esto se traduce significativamente en menos edema, equimosis y un tiempo de recuperación más corto, como podemos ver en la Fig. 5 y la Fig. 6 en las que presentamos un resultado posterior a las 24 horas.



Figura 5. Un resultado de 24 horas antes (A) y después (B) de nuestra técnica propuesta.



Figura 6. Un resultado de 24 horas antes (A) y después (B) de nuestra técnica propuesta. Esta técnica nos permite tratar la flacidez cervical, con menor edema y equimosis como se muestra a continuación.

La principal indicación quizás de esta técnica es la presencia de un grado bajo o medio de flacidez como podemos ver en pacientes entre 45 - 60 años, o en lifting facial secundario. Este tipo de pacientes a menudo buscan resultados óptimos y duraderos en el tercio medio y el tercio inferior de la cara, pero tienen algunas dudas sobre los procedimientos de estiramiento facial convencionales.

A pesar de los beneficios y efectos positivos de tratar la cara con mínimas incisiones y disecciones menos traumáticas, esta técnica presenta algunos inconvenientes. En algunos pacientes con flacidez del tercio superior de la cara debemos tratar esta zona para obtener óptimos resultados complementarios; encontramos muchas técnicas adecuadas como una

mejor opción sobre el colgajo temporal en el estiramiento facial estándar, que es un colgajo de rotación en lugar de un vector vertical deseado.

Utilizamos para esto un enfoque mínimo de elevación lateral de la ceja descrito por el autor principal en 2010⁽¹⁰⁾. El vector utilizado en la cicatriz retroauricular en nuestra técnica propuesta ofrece una mayor coaptación entre los bordes de la piel, diferente a la técnica de ritidectomía de cicatriz corta de Vincent, et al. En Figura 7 podemos ver donde queda el corte del colgajo retroauricular en la cicatriz posterior, aquí es donde, en ocasiones, los cirujanos encontrarían difícil compensar y podría traducirse en algunos pacientes con una cicatriz inicialmente plegada. Sin embargo, esto se resuelve en un período de 3 a 6 meses sin necesidad de revisiones.

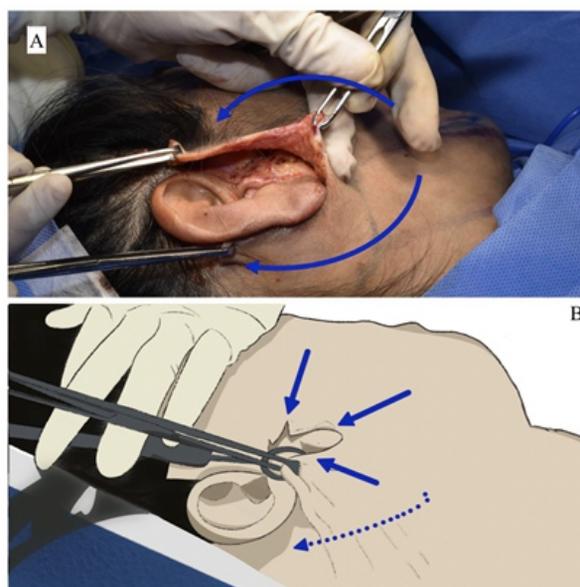


Figura 7. Comparación de la movilización del colgajo facial en nuestra técnica de "Lifting facial periauricular de cicatriz corta limitada" (A) y en la técnica de ritidectomía de cicatriz corta de Vincent, et al (B). (8) la línea punteada muestra el vector utilizado en nuestra técnica.

CONCLUSIONES

El objetivo de esta técnica es ofrecer un procedimiento quirúrgico simplificado que implica una cicatrización menos visible que se puede realizar fácilmente sin hacer incisiones más allá de 1-2 cm por encima de la raíz del hélix, incisiones mayores en la zona retroauricular y eliminando la necesidad de un colgajo occipital en línea de cabello.

Contribuciones de autoría: Los autores son gestores de la totalidad del manuscrito.

Financiamiento: Autofinanciado.

Correspondencia: Gonzalo Caballero Calixto.

Dirección: Jr. Costa Rica 140 Dpto 301 Jesús María

Teléfono: 940244113

Email: g.caballero.c2@gmail.com

REFERENCIAS

1. O'Connel J. Ritidectomía utilizando suturas bidireccionales de autorretención: el levantamiento bidireccional y el levantamiento bidireccional extendido. *Aesthet Surg J.* 35(6):633–643.
2. Centurion P, Romero C, Olivencia C, Gammara R, Kaufmann P. Lifting facial de cicatriz corta sin colgajo temporal: una experiencia de 10 años. *Aesth Plast Surg.* 2014;38(4):670-677.
3. Tonnard P, Verpaele A. Ritidectomía de cicatriz corta MACS-Lift. *Aesthet Surg J.* 2007;27(2):188-198. Atiyeh B, Dibo S, Papazian N, Zgheib E.
4. Superación de las limitaciones del estiramiento facial de suspensión craneal de acceso mínimo con cicatriz corta para un rejuvenecimiento mejorado. *J Craneofac Surg.* 2015;26(3):800-806.
5. Baker D. Ritidectomía de incisión mínima (estiramiento facial de cicatriz corta) con SMAsección lateral: evolución y aplicación. *Aesthet Surg J.* 2001;21(1):14-26.
6. Tonnard P, Verpaele A, Monstrey S, et al. Elevador de suspensión craneal de acceso mínimo: un S-lift modificado. *Cirugía Plast Reconstr.* 2002;109(6):2074-86.
7. Tonnard P, Gaia S. Optimización de los resultados del levantamiento de suspensión craneal de acceso mínimo (MACS-lift). *Cirugía Estética Plástica.* 2005;29(4):213-20
8. Vincent D. Técnicas de ritidectomía de cicatriz corta. *Atlas Oral Maxilofac Surg Clin North Am.* 2014;22(1):37-52.
9. Pitanguy I. *Cirugía Plástica Estética de Cabeza y Cuerpo.* Primera edición. Berlín, Heidelberg, Nueva York: Springer-Verlag; 1981.
10. Centurión, P., Romero, C. Levantamiento lateral de cejas: una propuesta quirúrgica. *Aesth Plast Surg* 34, 745–757 (2010).