

Suspensión Facial Escalonada.

Vectores y Ligamentos de Retención

Dr. Omar Darío Ventura
Dr. Nadir Salaues
oventura@intramed.net

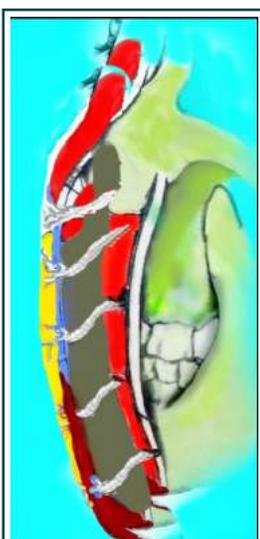


FIG 1: Ligamentos de retención de partes blandas al esqueleto facial

La reposición de la masa de tejidos blandos superficiales ptoasado a su posición original, es uno de los objetivos del rejuvenecimiento facial. (1).

Al respecto, un importante aporte es la técnica popularizada por Tonnard, llamada MACS. (minimal access cranial suspensión)(2). El abordaje mínimo y la forma de tracción y anclaje revisten antecedentes anteriores en la bibliografía, a través de Backer, Saylan, Stochero y otros.(2,4,5)

Este procedimiento aparentemente poco invasivo tiene detalles prácticos que conducen al éxito de los resultados, si

son tenidos en cuenta.

En el presente trabajo, no abordaremos aspectos técnicos del MACS, ya conocidos, sino, nos referiremos al empleo correcto de los vectores.

Si bien al MACS se lo considera un procedimiento anti gravitacional por vectores verticales, también emplea vectores con componentes direccionales oblicuos y horizontales.

Mendelson nos instruyó sobre las fuerzas de corrección vectorial en la cara, y Furnas describió las fijaciones de partes blandas al esqueleto facial.(6,7,8). Fig. 1

Ambos conceptos son utilizados como argumento retórico de esta publicación.

¿Qué debemos saber para considerar factible un procedimiento de MACS-L?:

1. Comprender la fisiología de la laxitud de la mejilla en relación al envejecimiento
2. Conocer los ligamentos de retención, el panículo adiposo malar y el SMAS.
3. Saber cómo y hacia dónde colocar los puntos de suspensión

Las partes blandas están fijadas al esqueleto facial por ligamentos de retención. Están localizados en “ele” invertida desde la inserción superior del cigomático mayor hasta la mandíbula, dividiéndose en cigomáticos, maceterinos y mandibulares.

Estos ligamentos cumplen además la importante función de compartimentar la cara. Si no existieran, al hablar se moverían los tejidos de la mejilla, pues el orbicular de los labios es un músculo muy activo.

Múltiples factores como senectud, adelgazamiento y en especial la acción de la mímica hacen que estos ligamentos de retención de partes blandas se elonguen.



FIG 2: Vectores de corrección con sus componentes principales(A) y secundarios (B). 1 vertical, 2: oblicuo, 3: vertical.



FIG. 3 y 4: pre y pos operatorio

La gravedad no es “el” factor de flaccidez y ptosis. La gravitación está presente desde el nacimiento y a los jóvenes no se le caen los tejidos, por lo general. Lo que sucede es que con los años los ligamentos se relajan y los tejidos sí caen por acción de la gravedad.

Existen vectores de relajación y en dirección opuesta habrá vectores de corrección (tracción)

Cuando una fuerza es aplicada con un vector de dirección vertical, por ejemplo, el resultado es máximo en esa dirección, pero existirá también un efecto en el ángulo de la fuerza primaria, generando un componente horizontal de desplazamiento casi a 90 grados del anterior. Este fenómeno se repetirá con cualquier vector direccional. (Vertical, oblicuo u horizontal.) Fig. 2

El primer vector que se aplica genera la mayor acción y se llamará principal. Este como ya nos referimos provocará un vector secundarios con un ángulo perpendicular al primero. El orden de la tracción modifica el efecto de un lifting facial. Es una variante muy útil según el caso, dado que la ubicación y el orden de cada sutura causa un efecto direccional diferente. Podríamos también afirmar que hay una competencia entre vectores en efectos y orientación. El conocimiento en la aplicación de estos conceptos conformará una técnica previsible y versátil, optimizando los resultados.

Esta metodología la definimos como un procedimiento de suspensión escalonada y selectiva, con algoritmos de pirámide de corrección.

Después de 12 años de experiencia con más de 300 casos realizados, aconsejamos tener en cuenta estos conceptos. (9) Fig.3,4,5,6,7,8



FIG: 5 y 6: pre y pos operatorio

Bibliografía:

- 1-Little J.:“Volumetric perceptions in midfacial aging with altered priorities for rejuvenation” *Plast. Reconstr.*
- 2-Tonnard, P., Verpaele, A., Monstrey S., Van Landuyt K., Bolndeel P., Hamdi M., Matton G.:“Minimal access craneal suspension lift: a modified S-Lift” *Plast. Reconst. Surg.*, 2002,109: 2074. 7.
- 3-Saylan, Z.,”The S-lift: Less is more”, *Aest. J.*1999, 19: 406.5.
- 4-Stocchero I.:“Shortscar face-lift with the round block SMAS treatment: a younger face for all”. *Aesth. Plast. Surg.*, 2007, 31:275.6.
- 5-Baker D.:”Minimal incision rhytidectomy (short scar face lift) with lateral SMASectomy: evolution and application”. *Aesth. Plast. Surg.* 2001, 21: 14.20.
- 6-Mendelson B.:”Surgery of the Superficial Musculoaponeurotic System: principles of release, vectors, and fixation”. *Plast. Reconstr. Surg.*2001, 107: 1545. 19.
- 7-Mendelson B.:“SMAS fixation to the facial skeleton: rationale and results”. *Plast. Reconst. Surg.*, 1997, 100: 1834. 11.
- 8-Furnas DW:“The retaining ligaments of the cheek”. *Plast. Reconstr. Surg.*1989, 83: 11.
12. Hamra S.:“The Composite rhytidectomy” *Plast. Reconst. Surg.* 1992, 90: 1.13.
- 9-Ventura, O. M., Marcello G., Marino, H., Buquet, J., Gamboa. J. Ritidoplastia con cicatrices cortas: Ligamentos de retención y vectores de corrección. *Cir.plást. ibero-latinoam.* - Vol. 34 - Nº 1 Enero - Febrero - Marzo 2008 / Pag. 51-60



FIG. 7 y 8: pre y pos operatorio