



Restauración estética del cuello en el paciente masculino

Antonio Fuente del Campo,* Yanko Castro Govea, Pilar Cedillo Ley**

RESUMEN

Con base en las necesidades estéticas y sociales del varón, se analizan las características que definen la apariencia del cuello juvenil, la anatomía pertinente y los cambios subsecuentes asociados con el envejecimiento. También se describe el procedimiento quirúrgico desarrollado para restaurar su apariencia. Este procedimiento es realizado a través de una pequeña incisión submentoneana y consiste en traslapar los músculos platisma del cuello (cutáneo del cuello), entrecruzándolos en la línea media, con el uso de suturas de tracción lateral, ancladas al periostio y la fascia profunda de la región mastoidea contralateral. En casos de severa laxitud muscular, los músculos son parcialmente seccionados horizontalmente a nivel del hueso hioides, creando cuatro colgajos musculares (procedimiento extendido). Su entrecruzamiento permite profundizar y definir el ángulo cervicomenta. Se describen con detalle las indicaciones para estos procedimientos y los procedimientos suplementarios de abordaje cervical para aquellos pacientes con redundancia de piel. Se analizan los resultados y complicaciones en una serie de 21 pacientes del sexo masculino, con seguimiento máximo de cuatro años.

Palabras clave: Envejecimiento, cuello, ritidectomía, ritidosis.

ABSTRACT

Considering the social and aesthetic needs of the male patient, the pertinent anatomy of the neck and the characteristics that define a youthful-appearing neck are described, as well as the subsequent changes associated with the aging neckline and the surgical procedure that we currently use for restoring the appearance of the neck through a submental approach. This procedure consists of overlapping the platysma muscles in the midline by using lateral traction sutures anchored to the periosteum and deep fascia on the contralateral mastoid region. In cases of severe muscular laxity, the platysma muscles are partially sectioned horizontally at the level of the hyoid bone, creating four muscles flaps (extended procedure). This muscular sectioning functionally elongates the abnormally shortened medial edge of the muscles. The subsequent overlapping of these flaps permits deepening of the cervicomenta angle. Its indications, results and complications in 21 male patients with a follow up of 4 years are described in detail.

Key words: Aging, neck, rhytidectomy, rhytidosis.

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento del varón afecta muy selectivamente al cuello, debido a las características de sus proporciones y estructura muscular y calidad cutánea. Su piel gruesa y pesada, así como su volumen

muscular que se vuelve flácido, se precipitan rápidamente afectados por la gravedad. En la constante búsqueda por mejorar las técnicas existentes para corregir estos problemas, obteniendo resultados más naturales que le confieran al rostro armonía, los procedimientos miniinvasivos que hemos desarrollado han dado la pauta, proporcionando excelentes resultados a través de pequeñas incisiones.

Un perfil armónico necesariamente incluye adecuada definición de los ángulos faciales (frontonasal, nasolabial y mentolabial). Parte importante del

* Hospital General "Dr. Manuel Gea González", Secretaría de Salud.

** Hospital Infantil de México "Dr. Federico Gómez".

contorno facial está dado por el ángulo cervicofacial que delimita y separa la cara del cuello, resaltando el ángulo y el borde mandibular. El ángulo cervicofacial o línea submandibular corre desde la región mastoidea de un lado a la contralateral, pasando por debajo de la mandíbula a nivel del hueso hioides, estableciendo un ángulo cervicomental de 105 a 120 grados.¹

Con el envejecimiento se presentan diferentes alteraciones del cuello que afectan sus diferentes componentes anatómicos, piel, tejido celular subcutáneo y al músculo platisma (cutáneo del cuello). Los tejidos flácidos descienden por efecto de la gravedad, desvaneciendo la separación entre el cuello y la cara. Depósito de grasa, laxitud muscular y pobre tonicidad de la piel, ocasionan aumento de volumen y cambios en su estructura y consistencia. El volumen de la grasa preplatismal y retroplatismal debe ser valorado y tratado. Con respecto a los cambios de contorno y consistencia, es necesario determinar si se deben a la musculatura, piel o ambas, y cada aspecto deberá ser tratado en forma específica.

El platisma se dirige desde su origen inferior en el acromion y la región infraclavicular hacia arriba, al borde inferior de la mandíbula. Su porción medial se inserta sobre el tercio medio en una línea oblicua a lo largo de la cara externa del cuerpo mandibular y sus fibras continúan hacia arriba, entrecruzándose con los músculos depresor del ángulo de la boca, mental, risorio de Santorini, orbicular de la boca y los labios, para terminar en la piel de la comisura labial.² Las fibras del platisma se unen y entremezclan por debajo del mentón con las fibras correspondientes del lado contralateral, formando una estructura reticular, su borde medial puede estar en contacto, entrecruzado o separado del borde medial del músculo contralateral. El músculo mantiene íntima relación con la piel a través de reforzamientos aponeuróticos descritos por primera vez por Bosse y Papillon³ y más tarde por Furnas⁴ como "ligamentos retentivos" (platismoauricular, platismocutáneo anterior y ligamentos mandibulares). Con el paso del tiempo, el platisma se despegga de los planos profundos y pierde tono, por lo que cae, desplazando la piel, dándole apariencia convexa, péndula y flácida. Esto hace que músculos separados en la línea media se observen como bandas, acentuadas probablemente por acortamiento vertical de sus fibras musculares. McKinney⁵ clasifica estas bandas de mínimas a severas en cuatro diferentes grados de laxitud. Establecer el grado de esta alteración

tiene implicaciones importantes para planear su tratamiento quirúrgico.

Gran variedad de procedimientos han sido descritos para la restitución del contorno del cuello. El exceso de grasa puede ser eliminado con liposucción o lipectomía directa. La piel redundante ha sido corregida con incisiones retroauriculares y cervicales, y la laxitud muscular mediante la restitución del platisma a su localización anatómica.

Diferentes tipos de platismoplastia han sido descritos, incluyendo plicación lateral,⁶ sección y rotación lateral,⁷ plicatura sencilla en la línea media,^{8,9} plicaturas progresivas tensionantes,¹⁰ z-plastia muscular,¹¹ sección de las "bandas musculares"¹² y suturas de suspensión.¹³ Muchos de estos procedimientos requieren abordaje cervical, con largas incisiones aun en pacientes en que el problema fundamental es muscular y no requieren resección cutánea. En general, los procedimientos que habían sido descritos para ser realizados a través de una incisión submental son sólo para pacientes con deformidades menores. La plicatura progresiva en corset es un excelente procedimiento;¹⁰ sin embargo, aglomera músculo en la línea media, ocasionando volumen extra en esta área, lo que reduce la distancia entre la línea submental y la sínfisis mentoneana y limita la posibilidad de lograr un cuello esbelto. Con este procedimiento, algunas veces es difícil determinar la tensión correcta para lograr buenos resultados.

Después de valorar las ventajas y desventajas de estas técnicas, hemos desarrollado e implementado un procedimiento al que hemos denominado platismoplastia en hamaca y que es la combinación de varios de estos principios. Realizado a través de una incisión mínima submental, resulta en la restauración exitosa del contorno del cuello con buena reconstrucción muscular.^{14,15}

PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

Es un procedimiento de cirugía ambulatoria y se realiza bajo anestesia local con sedación intravenosa o bajo anestesia general, con el paciente en decúbito dorsal y el cuello en hiperextensión. Puede realizarse utilizando dos variantes: para los grados I (mínimo) y II (moderado), entrecruzamiento simple; y para los grados III (significante) y IV (severo), entrecruzamiento con z-plastia muscular (procedimiento extendido).

En aquellos pacientes en los cuales la liposucción se encuentra indicada, se inicia el procedi-

miento con una incisión de 5 mm localizada 1 cm por detrás de la línea submental. Con una cánula de 4 mm se remueve la grasa preplatismal y retroplatismal en las regiones submental y submandibular. Es importante cuidar de dejarle a la piel una capa de grasa delgada, pero homogénea, para evitar la apariencia de piel acartonada que acompaña comúnmente a la liposucción agresiva superficial. Una vez que la liposucción ha sido terminada, la incisión se alarga a 3 cm y se realiza disección subcutánea, terminada la elevación del colgajo que se inició con la disección cerrada realizada con la cánula de liposucción. En aquellos pacientes con redundancia cutánea perimentoneana se hace amplia disección subperióstica del mentón y del borde inferior de la mandíbula a través de la misma incisión o por una incisión vestibular suplementaria, evitando el nervio mental. Esta maniobra libera las inserciones de los músculos del mentón e, indirectamente, las inserciones superomediales del platisma.^{16,17} Se realiza meticulosa hemostasia con electrocauterio, empleando punta de tungsteno o con una cánula de succión aislada que tiene la ventaja de aspirar el humo al mismo tiempo. Se traza la línea



Figura 1. Abordaje submentoneano, trazo del surco submandibular y suturas ancladas a los bordes mediales de los músculos platisma.

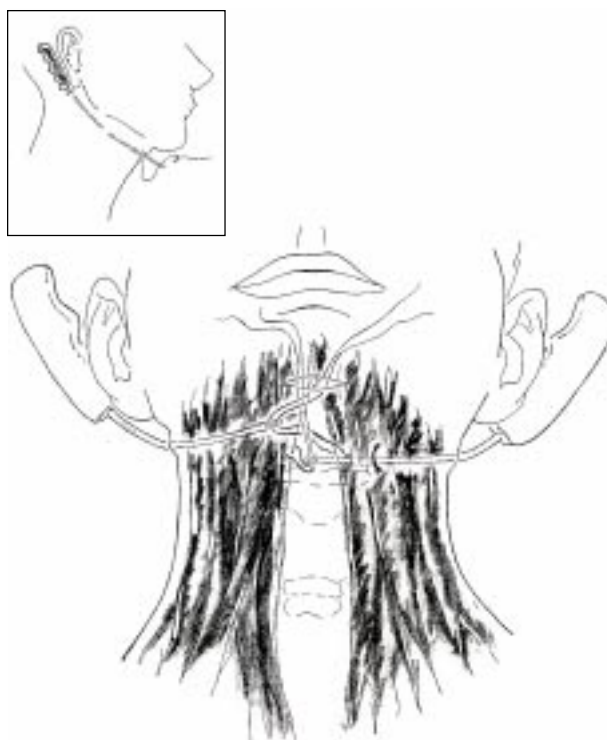


Figura 2. Las agujas pasasuturas son colocadas a lo largo del surco submandibular. Una en plano subcutáneo y la otra por debajo de la porción medial del platisma homolateral. Por este medio se extraen en forma cruzada las suturas colocadas previamente.

submandibular a partir del hioides, hacia atrás y arriba hasta la región mastoidea bilateralmente, pasando por debajo del ángulo mandibular. A través de la incisión submental, se aproximan los bordes mediales del platisma y su tercio medio se libera de las estructuras profundas.

En los casos de los grados I y II, el borde medial de cada músculo se lleva a la línea media con vicryl 4-0, colocando el punto a nivel de la línea submandibular (*Figura 1*). A través de una pequeña incisión retroauricular, se introduce la aguja "pasasuturas" (aguja larga, de punta roma de diseño personal), para pasar la sutura a través del cuello. Ésta se introduce en un plano subcutáneo a lo largo de lo que será el nuevo surco submandibular, saliendo a través de la incisión submental. Se toma la cola de las suturas previamente colocadas en el borde del platisma contralateral, jalándolas hacia atrás hasta salir por la vía de entrada (*Figura 2*). Del otro lado, la aguja debe de pasar a través del platisma ipsilateral continuando en la profundidad del músculo. La sutura contralateral se tracciona de

manera similar a la anterior, extrayéndola por la incisión de la región mastoidea. Las dos suturas se tensan, quedando sobrepuestos los músculos en la línea media. Las dos suturas son traccionadas simétricamente con tensión moderada para fijarlas a la fascia y periostio mastoideos. La maniobra permite la recolocación del músculo y la experiencia del cirujano determinará la tracción ideal y la sobreposición muscular necesaria para obtener un contorno adecuado del cuello (*Figura 3*). Posteriormente, a través de la incisión submental, el borde libre del platísmo, que se sobrepone al otro, se sutura a este último con varios puntos de vicryl 4-0 (*Figura 4*). La sobreposición de los dos músculos permite cicatrización y adherencia permanente en ocho días, que mantendrán el contorno del cuello aun cuando las suturas de tracción se hayan disuelto. La incisión submental se cierra con una sutura continua intradérmica, y las incisiones de las mastoides con un punto simple del mismo material.

En los grados III y IV, en que las bandas platismales frecuentemente muestran visible acortamiento muscular, realizamos el procedimiento extendido. Los músculos se seccionan horizontalmente a nivel del hioides (*Figura 5*). Esta sección genera cuatro colgajos musculares: dos tienen base superoexterna y dos base inferoexterna. Los colgajos anteriores se toman de su vértice con un punto y se entrecruzan con tensión moderada como se describió anteriormente.



Figura 3. La tracción de las suturas permite el entrecruzamiento de los colgajos de platísmo y se anclan al periostio mastoideo.

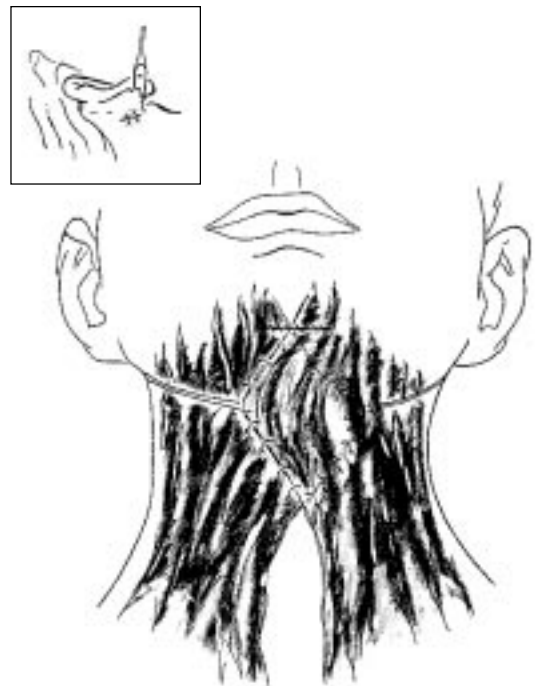


Figura 4. Una vez anclados al mastoides, los colgajos entrecruzados son suturados entre sí para conservar su nueva posición.



Figura 5. Procedimiento extendido: el borde medial de ambos músculos platísmo es seccionado parcialmente para obtener cuatro colgajos musculares.

La sección muscular parcial alarga en forma importante el músculo, permitiendo amplia transposición de sus porciones superior e inferior. Esto ofrece excelente definición de contorno y soporte a la región submental y de la región submandibular. Los dos colgajos posteriores también se sobreponen para remodelar el cuello en su porción baja. Como fue descrito para los grados I y



Figura 6. Procedimiento extendido: tracción bilateral de los cuatro colgajos y fijación a su nueva posición mediante suturas a lo largo de sus bordes.

II, el procedimiento se complementa con las suturas simples de los bordes libres de los colgajos sobrepuestos (*Figura 6*). Generalmente no es necesario colocar drenajes en las heridas. El paciente debe usar una banda elástica de soporte en forma continua una semana y de manera intermitente por dos semanas más.

RESULTADOS

Se llevó a cabo este procedimiento en 21 pacientes del sexo masculino con un rango de edad de 46 a 62 años. El 91% de los pacientes fueron tratados exclusivamente a través de la incisión submentoneana sin requerir excisión de piel. Con seguimiento máximo de cuatro años, hemos observado excelentes resultados, con permanencia de la corrección del contorno del cuello a largo plazo. Los mejores resultados se observaron en aquellos pacientes en que la piel conserva su capacidad de retraerse bien (*Figura 7*). Las complicaciones: un sujeto con pequeños hematomas que fueron drenados durante su consulta. Otros dos presentaron adherencias cutáneas submentales, que se manifiestan como irregularidades visibles temporales. En un caso, se presentó un repliegue en la porción lateral del cuello, ocasionado por disección subcutánea insuficiente en esta región. No hubo casos de compromiso neurovascular o recurrencia de la deformidad.

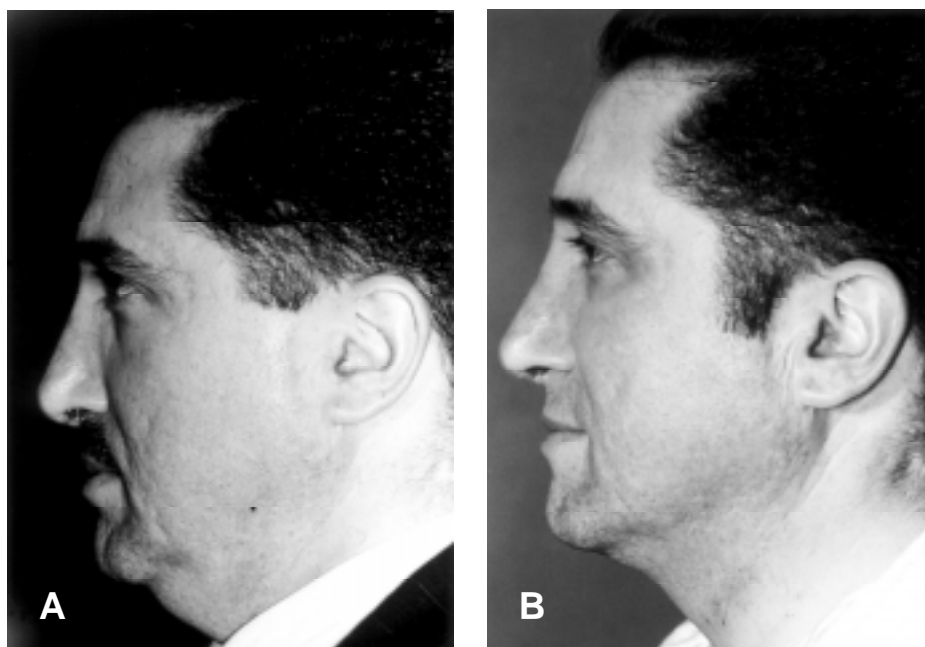


Figura 7.

A: Paciente masculino de 38 años.

B: Resultado posoperatorio ocho meses después de liposucción submandibular y platismoplastia en hamaca.

DISCUSIÓN

El procedimiento evita la tracción posterior del músculo platisma, común en muchos procedimientos de cervicoplastias. Permite suspensión excelente y relocalización de los músculos, elevando las estructuras profundas del cuello, dando adecuada suspensión sin el riesgo de diastasis muscular, la cual puede ocurrir con los procedimientos de tracción posterolateral.

El utilizar una rienda de sutura u otro material con método cerrado para dar forma al cuello no cambia la deformidad en forma intrínseca, por lo que, si la sutura se afloja o se rompe, la corrección se pierde.¹³ Las riendas que utilizamos en el procedimiento descrito para reubicar los músculos permiten la determinación de la tensión lateral correcta y de la sobreposición necesaria para un contorno estético de apariencia natural. Además, el resto de suturas colocadas a lo largo de los bordes de los músculos sobrepuestos o entrecruzados garantiza la permanencia de la reconstrucción muscular sin tener que depender únicamente de las riendas de suturas para conservar el resultado. Utilizamos materiales absorbibles a largo plazo por la necesidad de que permanezcan el tiempo necesario para permitir un proceso de cicatrización que fusione los músculos. Es igualmente efectivo el utilizar suturas no absorbibles como el nylon, sólo que estos materiales resultan palpables en pacientes con piel delgada. Para evitar irregularidades en la piel, es necesario liberar-

la del músculo subyacente, lo que permite traccionar el músculo sin plegar la piel.

El contorno del cuello con línea submandibular profunda, que se obtiene con este procedimiento, requiere más piel para recubrirlo adecuadamente y la elasticidad natural de la piel permite su redistribución, así que en la mayoría de los casos, la excisión de piel no es necesaria.

En términos generales, esta corrección muscular puede lograr excelentes resultados en el contorno del cuello; sin embargo, hay casos en los cuales la laxitud de la piel (ritidosis grado III) requiere ser corregida jalando la piel hacia arriba y hacia atrás a través de una incisión retroauricular y cervical. En estos casos, cuando la tracción cutánea ocasiona abombamiento de la piel alrededor del lóbulo, la incisión retroauricular se extiende en forma generosa alrededor del lóbulo para permitir resección del exceso de piel. Es importante asegurarnos que esta incisión no rebase los límites entre el lóbulo y el trago, para evitar una cicatriz visible.

En los casos con redundancia severa de la piel (ritidosis grado IV) es necesario alargar la incisión a lo largo de la incisión preauricular. La necesidad de resección cutánea depende del concepto estético del cirujano, pero, sobre todo, de la idea que tiene el paciente de un resultado natural. Muchos pacientes deciden evitar cicatrices en el cuello, aunque esto implique dejar discreta flacidez cutánea, que consideran más natural (*Figura 8*).

Figura 8.

A: Paciente masculino de 52 años de edad, con ritidosis grado II, bandas de platisma, herniación de glándulas submaxilares y cartílago tiroideos prominente.
B: Aspecto posoperatorio seis meses después de la corrección de su cuello, mediante el procedimiento en hamaca (extendido).



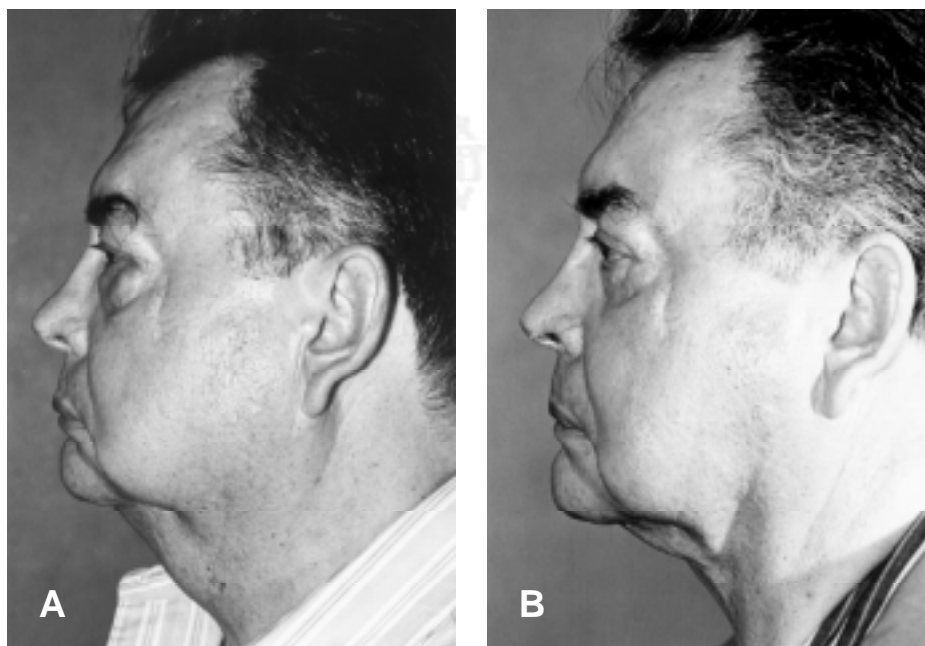


Figura 9.

A: Paciente del sexo masculino de 64 años.

B: Resultados 16 meses después de ritidectomía miniinvasiva, blefaroplastia, liposucción de cuello y plastia en hamaca.

El procedimiento de platismpoplastia en hama-ca limita la necesidad de incisiones cervicales a un mínimo de los casos. Es un procedimiento ambulatorio que puede ser realizado como un procedimiento aislado o como parte de un rejuvenecimiento facial completo. Permite mejorar el contorno del cuello en aquellos pacientes con cartílago tiroideo prominente (*Figura 9*). Liberando la musculatura del mentón (e indirectamente las inserciones superointernas del platisma), la tensión cruzada del platisma actúa en la parte baja de las mejillas, mejorando los "jowls" y las líneas "de marioneta".

El edema postoperatorio es moderado, permitiendo al paciente su pronto regreso a las actividades diarias. La rápida aparición de la corrección quirúrgica con una mínima cicatriz visible lo hace un procedimiento atractivo, particularmente en pacientes del sexo masculino, que no tienen cabello largo para cubrir las cicatrices en la región cervical. En el sexo femenino este procedimiento logra excelentes resultados, con definición de sus líneas y proporciones, contando con la ventaja de que su piel es más delgada y elástica.

Las técnicas endoscópicas son versátiles y son una herramienta muy útil en el armamentario del cirujano.¹⁸ Su empleo permite mejor visualización del campo quirúrgico a través de imágenes magnificadas en el monitor y permite la asistencia más eficiente del equipo quirúrgico; sin

embargo, la platismpoplastia en hamaca es fácil de llevar a cabo bajo visión directa, resultando accesible tanto para aquellos que se encuentran cómodos con la utilización de técnicas endoscópicas como para quienes prefieren trabajar bajo visión directa.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ellenbogen S, Karlin JV. Visual criteria for success in restoring the youthful neck. *Plast Reconstr Surg* 1980; 66: 826-837.
2. Cardoso de Castro C. The anatomy of the platysma muscle. *Plast Reconstr Surg* 1980; 66: 680-683.
3. Bosse JP, Papillon J. Surgical anatomy of the SMAS at the malar region. In: *Transactions of the 9th International Congress of Plastic and Reconstructive Surgery*. New York: McGraw-Hill, 1987; 348-349.
4. Furnas D.W. The retaining ligaments of the cheek. *Plast Reconstr Surg* 1989; 83: 11-16.
5. McKinney P. The management of platysma bands. *Plast Reconstr Surg* 1989; 98: 999-1006.
6. Guerrerosantos J, Espaillet G, Morales F. Muscular lifts in cervical rhytidoplasty. *Plast Reconstr Surg* 1974; 54: 127-131.
7. Connell BF. Contouring the neck in the rhytidectomy by lipectomy and muscle sling. *Plast Reconstr Surg* 1978; 61: 376-383.
8. Souther SG, Vistnes LM. Medical approximation of the platysma muscle in the treatment of the neck deformities. *Plast Reconstr Surg* 1981; 67: 607-613.
9. Cardoso de Castro C. The value of the anatomical classification of the medial fibers of platysma muscle in cervical lifting. In: *Transactions of the 8th International Congress of Plastic and Reconstructive Surgery*. Montreal: McGill University, 1983: 515-516.

10. Feldman J. Corset platysmaplasty. *Clin Plast Surg* 1992; 19: 369.
11. Weisman PA. One surgeon's experience with surgical contouring of the neck. *Clin Plast Surg* 1983; 10: 521.
12. Millard DR Jr, Grast WP, Beck RL et al. Submental and submandibular lipectomy in conjunction with a face lift in the male or female. *Plast Reconstr Surg* 1972; 49: 385.
13. Giampapa VC, Di Bernandro BE. Neck contouring with suture suspension and liposuction: an alternative for the early rhytidectomy candidate. *Aesthet Plast Surg* 1995; 19: 217-223.
14. Fuente del Campo A. Midline platysma muscular overlap for neck restoration. *Plast Reconstr Surg* 1998; 102: 1710-1714.
15. Fuente del Campo A. The Hammock platysmaplasty. *Aesthet Surg J* 1998; 18: 246-252.
16. Fuente del Campo A. Face lift without preauricular scars. *Plast Reconstr Surg* 1995; 19: 217-223.
17. Fuente del Campo A. Subperiosteal face lift: open and endoscopic approach. *Aesthet Plast Surg* 1995; 19: 149-160.
18. Fuente del Campo A. Facial rejuvenation: technique and rationale. In: Foodor PB, Isse NG (eds). *Endoscopically assisted aesthetic plastic surgery*. St Louis: Mosby, 1996: 63-77.

Dirección para correspondencia:

Dr. Antonio Fuente del Campo, F.A.C.S.
Camino a Santa Teresa núm. 1055-239
Col. Héroes de Padierna
10700 México, D.F.
Tel: 5568-41-53. Fax: 5652-67-65
E-mail: afdelc@ibm.net