

HOSPITAL GENERAL PROVINCIAL DOCENTE "DR. ANTONIO LUACES IRAOLA" CIEGO DE ÁVILA

Resultados de la ritidoplastia facial en el Hospital General Provincial Docente "Dr. Antonio Luaces Iraola" en el período 2000-2015

Results of facial rhytidectomy at the General Teaching Provincial Hospital "Dr. Antonio Luaces Iraola" in the period 2000-2015

Evelio José Ramírez Lara^I, Lisandra Campbell Salomón^{II}, Lilien Prada González^{II}, Lionel Adams Pérez^{III}, Magaly Santiso Ramos^{IV}, Edwin Mamani Choque^V.

RESUMEN

Introducción: la ritidoplastia, como procedimiento quirúrgico corrector, permite eliminar el exceso de piel de la cara, reposicionar los tejidos profundos y corregir los ángulos faciales alterados por efecto del envejecimiento de la cara y el cuello.

Objetivo: describir los resultados del tratamiento quirúrgico de la flacidez facial.

Método: se realizó un estudio descriptivo transversal, durante el período 2000-2015, con un universo de 286 pacientes tratados en el Hospital Provincial General Docente "Antonio Luaces Iraola". Las variables analizadas fueron: edad, sexo, tipo de flacidez, cantidad de tejido resecado y decolado, complicaciones, grado de satisfacción del paciente.

Resultados: la mayoría de los pacientes fueron féminas (95,90%), con edades entre 50 y 59 años (57,58 %) y flacidez temporofaciocervical (53,14 %). En las áreas temporal y facial la mayor cuantía resecada correspondió al rango de 20 a 39,9 mm y en la cervical al de 40 a 59,9 mm. En las áreas facial y cervical la decolación fue de 40 a 59,9 mm y en la temporal de 20 a 39,9 mm. Las complicaciones se presentaron solo en 9,10 % de los operados, siendo el hematoma la más frecuente, sobre todo en el sexo masculino (75 %) y en la flacidez temporofaciocervical. La casi totalidad de los operados manifestaron alta satisfacción (98,25 %).

Conclusiones: predominaron las mujeres y el grupo de edades de 50-59 años. Prevalció la flacidez temporofaciocervical. El hematoma fue la complicación más frecuente y el sexo masculino el más incidido a pesar de representar un menor número de casos.

Palabras clave: RITIDOPLASTIA/efectos adversos, COMPLICACIONES POSOPERATORIAS, HEMATOMA/cirugía, PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS RECONSTRUCTIVOS.

ABSTRACT

Introduction: rhytidectomy, as a corrective surgical procedure, removes excess skin from the face, repositioning deep tissues, and corrects altered facial angles due to gravity to mitigate visible signs of aging of the face and neck.

Objective: to describe the behavior of surgical treatment of facial flaccidity.

Method: a cross-sectional descriptive study was carried out with a universe of 286 patients treated with facial rhytidectomy at the Plastic Surgery Service of the General Teaching Provincial Hospital "Dr. Antonio Luaces Iraola". The variables analyzed were: age, sex, type of flaccidity, amount of dissected tissue, complications, surgical time and average amount of anesthetic used, degree of patient satisfaction.

Results: the majority of the patients were females (95,90 %), with ages between 50 and 59 years (57,58 %) and temporofaciocervical flaccidity (53,14 %). In the temporal and facial areas, the largest amount resected corresponded to the range of 20 to 39,9 mm and in the cervical to 40 to 59,9 mm. In the facial and cervical areas the takeoff was of 40 to 59,9 mm and in the temporal of 20 to 39,9 mm. Complications occurred only in 9,10 % of the operated ones, with the hematoma being the most frequent, especially in the male sex (75 %) and in the temporofaciocervical flaccidity. Almost all of the patients showed high satisfaction (98,25%).

Conclusions: women predominated and the group aged 50-59 years. The temporofaciocervical

flaccidity prevailed. Hematoma was the most frequent complication and the male sex was the most affected despite representing a smaller number of cases.

Keywords: RHYTIDOPLASTY/adverse effects, POSTOPERATIVE COMPLICATIONS, HEMATOMA/surgery, RECONSTRUCTIVE SURGICAL PROCEDURES.

- I. Máster en Urgencias Médicas. Especialista de Primer Grado en Cirugía Plástica y Caumatología. Profesor Asistente. Hospital General Provincial Docente "Dr. Antonio Luaces Iraola". Ciego de Ávila, Cuba.
- II. Estudiante de quinto año de Medicina. Universidad de Ciencias Médicas. Ciego de Ávila, Cuba.
- III. Estudiante de tercer año de Medicina. Universidad de Ciencias Médicas. Ciego de Ávila, Cuba.
- IV. Especialista de Primer Grado en Laboratorio Clínico. Profesor Asistente. Hospital General Provincial Docente "Dr. Antonio Luaces Iraola". Ciego de Ávila, Cuba.
- V. Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Hospital General Provincial Docente "Dr. Antonio Luaces Iraola". Ciego de Ávila, Cuba.

INTRODUCCIÓN

La ritidoplastia facial es una de las intervenciones que mayor número de opciones técnicas ha suscitado. La simple referencia a *face lifting* en un motor de búsqueda lleva a unos 81 000 000 de citas bibliográficas; lo que demuestra el interés del público por este procedimiento.⁽¹⁾ El desarrollo de la cirugía facial comenzó en la década de los '50, cuando este tipo de operaciones estéticas empezaron a realizarse a mayor escala y aparecieron patrones de técnicas quirúrgicas y publicaciones al respecto.⁽²⁾

Como procedimiento quirúrgico la ritidoplastia facial se conoce en el ámbito popular con los nombres: *lifting*, rejuvenecimiento, levantamiento o estiramiento facial. Este procedimiento elimina el exceso de piel, reposiciona los tejidos profundos y corrige los ángulos faciales alterados para mejorar los signos visibles de envejecimiento de la cara y el cuello.⁽¹⁾ También permite eliminar o disminuir la flacidez, atenuar surcos, reposicionar grasa y tejidos musculares, aponeurosis y piel.⁽²⁾ El objetivo de la ritidoplastia facial es reposicionar los tejidos en la cara y el cuello. Esta técnica quirúrgica se puede realizar con otras operaciones faciales, rellenos autólogos (propia grasa) y complementarse semanas o meses después con la aplicación de ácido hialurónico, plasma rico en plaquetas o bótox.⁽³⁾

En la medida que el individuo envejece, la piel y los músculos de la región de la cara pierden su tonicidad. La ritidoplastia no detiene el envejecimiento facial, este proceso es imposible de detener. Solo se logra ocultar o disimular cuando el exceso de piel se elimina, se reposicionan los tejidos profundos y se suavizan las líneas de expresión (arrugas); recreando de nuevo los ángulos correctos del rostro.⁽⁴⁾ Respecto a ello, el marcaje antropométrico provee un sistema de referencias para incrementar la precisión, consistencia y refinamiento de la ritidoplastia facial y otros procedimientos.⁽⁵⁾

El rejuvenecimiento facial mejora y perfecciona el rostro. Para ello, la ritidoplastia facial corrige las alteraciones del envejecimiento. Mediante este procedimiento se logra disminuir la flacidez del rostro y el cuello, las arrugas profundas por debajo de los párpados inferiores y los pliegues profundos desde la nariz hasta la esquina de la boca. También contribuye a mejorar la pérdida de tono muscular en la cara inferior para eliminar la papada, la piel suelta y el exceso de depósitos de grasa bajo la barbilla y la mandíbula.⁽⁶⁾

El método de mínimo decolado permite la disminución de la manipulación tisular, con la consiguiente disminución del edema posoperatorio y la formación de hematomas. Con su aplicación, se acorta el procedimiento, disminuyen el uso de agentes anestésicos locales y las molestias posoperatorias.⁽⁷⁾ Para la ritidoplastia facial existen riesgos quirúrgicos, tales como: reacciones alérgicas a medicamentos, sangrado, hematomas e infección, que son complicaciones de fácil control por el equipo quirúrgico. Se puede presentar parálisis temporal o definitiva en el área de las cejas o de la boca, complicación poco frecuente cuando el equipo es calificado y con experiencia. Algunas personas son anatómicamente privilegiadas y se logran excelentes resultados, pero de manera general, los pacientes quedan satisfechos.⁽⁸⁾

El objetivo de esta investigación es describir los resultados del tratamiento quirúrgico de la flacidez facial en el Hospital General Provincial Docente "Dr. Antonio Luaces Iraola" durante el período 2000-2015.

MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo transversal con los pacientes atendidos en el servicio de Cirugía Plástica del Hospital General Provincial Docente "Dr. Antonio Luaces Iraola" de Ciego de Ávila, en el periodo comprendido desde julio de 2000 hasta junio de 2015. El universo fue conformado por todos los pacientes atendidos en este servicio (286) que cumplieron con los criterios de inclusión.

Criterio de inclusión

1. Cualquier edad.
2. Cualquier sexo.
3. Diagnosticados por flacidez facial simple, o combinada con flacidez cervical o flacidez frontotemporal.
4. Cuando la flacidez facial esté clasificada por su magnitud como discreta y moderada.

Criterios de exclusión

1. Flacidez facial clasificada como marcada o de envergadura.
2. Antecedentes de reacciones adversas a los anestésicos locales.
3. Enfermedades de tipo sistémico, tales como: diabetes mellitus, hipertensión arterial, enfermedades oncológicas y trastornos de la coagulación.

Procedimiento quirúrgico aplicado

1. Preoperatorio: se indica: chequeo clínico-humoral preoperatorio, sedación la noche anterior a la operación con diazepam 5 mg vía oral y concurrir en ayuna gástrica y lavado del cabello el día de la operación. Se le indica también no usar cosmético facial y el rasurado local. En el preoperatorio inmediato se colocan tapones auditivos y se realiza el marcaje de las líneas y puntos de referencias quirúrgicos siguiendo el método de Limberg modificado por Furnas.
2. Intraoperatorio: se aplica a los pacientes anestesia local infiltrativa con lidocaína al 2 %. En dependencia de la flacidez o la deformidad facial de cada paciente se aplican las diferentes técnicas quirúrgicas descritas en la literatura. El tiempo quirúrgico promedio por paciente fue de 105 minutos y la cantidad promedio de lidocaína al 2 % aplicada por paciente fue de 32,5 ml.
3. Posoperatorio: de acuerdo al estado del paciente se decide si la rehabilitación puede ser ambulatoria u hospitalizada. En caso de ser ambulatoria se le indica el alta una hora después de operado con reposo físico y mental, así como la vigilancia del sangrado. Se cita al día siguiente para curar la herida y las suturas se retiran a los 10 días.

Variables estudiadas

Sociodemográficas: edad y sexo.

Clínicas: tipo de flacidez, tejido resecaado, tejido decolado, complicaciones quirúrgicas ocurridas, tiempo quirúrgico y anestésico local empleado y evaluación integral final.

El tipo de flacidez de acuerdo a su magnitud se clasificó como:

- Flacidez discreta: de tipo prematuro, sin bolsas cervicales y sin modificación de la silueta facial.
- Flacidez moderada: con envejecimiento de la piel de la cara y el cuello, con o sin bolsas cervicofaciales, y con integridad de la silueta facial
- Flacidez marcada o de envergadura: aquella de tipo múltiple, con bolsas panfaciales y con asimetría o disimetría de la silueta facial.

Los datos obtenidos se recogieron en una planilla de trabajo confeccionada al efecto y los resultados fueron procesados mediante estadística descriptiva.

RESULTADOS

Con relación a las variables sociodemográficas (tabla 1) predominó el sexo femenino con 257 pacientes (95,90 %) y mayor incidencia en los grupos de edades de 50 a 59 años (148 pacientes para 57,58 %), seguido en orden de frecuencia por el grupo de 60 y más años con 61 casos (23,73%). En el sexo masculino predominó el grupo de 50 a 59 años con 15 pacientes (51,72%), seguido por el grupo de 40 a 49 años con nueve pacientes (31,03%).

Tabla 1. Pacientes según grupo de edades y sexo

Grupo de edades (años)	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	No.	%	No.	%	No.	%
Menor de 40	2	6,89	9	3,50	11	3,84
De 40 a 49	9	31,03	39	15,17	48	16,78
De 50 a 59	15	51,72	148	57,58	163	57,99
60 y más	3	60,34	61	23,73	64	22,37
Total	29	100	257	100	286	100

Fuente: encuesta

En las variables clínicas estudiadas, el tipo de flacidez (tabla 2) que predominó fue la temporofaciocervical en ambos sexos con un total de 152 casos (53,14 %); pero con mayor frecuencia en el sexo femenino. La flacidez temporofacial se presentó solo en 16 pacientes del sexo femenino, lo que representa el 5,59% del total.

Tabla 2. Pacientes según tipo de flacidez y sexo

Clasificación	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	No.	%	No.	%	No.	%
Flacidez temporofacial	0	0	16	6,22	16	5,59
Flacidez faciocervical	11	37,93	107	41,63	118	41,25
Flacidez temporofaciocervical	18	62,06	134	52,14	152	53,14
Total	29	100	257	100	286	100

La tabla 3 muestra que la flacidez temporofacial predominó en los menores de 40 años (56,25 %). La flacidez faciocervical predominó en el grupo de edad de 50 a 59 años (56,78 %). De igual manera ocurrió con la flacidez temporofaciocervical (61,84 %).

Tabla 3. Pacientes según flacidez y grupo de edades

Grupo de edades (años)	Tipo de Flacidez					
	Flacidez temporofacial		Flacidez faciocervical		Flacidez temporofaciocervical	
	No.	%	No.	%	No.	%
Menor de 40	9	56,25	2	1,69	0	0
De 40 a 49	5	31,25	31	26,27	12	7,89
De 50 a 59	2	12,50	67	56,78	94	61,84
60 y más	0	0	18	15,25	46	30,26
Total	16	100	118	100	152	100

Según la cantidad de tejido reseado por localización anatómica (tabla 4), en las áreas temporal y facial el mayor número de pacientes correspondió al rango de 20 a 39,9 mm de tejido reseado con 96 (57,14 %) y 175 pacientes (61,19 %) respectivamente. En el área cervical el mayor número de pacientes estuvo en el rango de 40 a 59,9 mm, con 174 pacientes (64,44 %).

Tabla 4. Pacientes según cantidad de tejido reseado y localización anatómica*

Tejido reseado (mm)	Localización anatómica		
	Temporal	Facial	Cervical

	No.	%	No.	%	No.	%
Menos de 20	72	42,86	32	11,19	4	1,48
De 20 a 39,9	96	57,14	175	61,19	79	29,26
De 40 a 59,9	0	0	71	24,83	174	64,44
Más de 60	0	0,00	8	2,80	13	4,81
Total	168	100	286	100	270	100

Leyenda: * propuestas por el autor principal de la investigación

Respecto a la cantidad de tejido decolado (tabla 5), en la localización temporal el mayor número de pacientes estuvo en el rango de 20 a 39,9 mm, con 79 pacientes (47,02%), en la facial al de 40 a 59,9 mm con 114 casos (39,86%) y la cervical al de 40 a 59,9 mm con 116 pacientes (61,50%).

Tabla 5. Pacientes según cantidad de tejido decolado y localización anatómica

Tejido decolado (mm)	Localización anatómica					
	Temporal		Facial		Cervical	
	No.	%	No.	%	No.	%
Menor de 20	15	8,93	4	1,40	—	—
De 20 a 39,9	79	47,02	81	28,32	53	19,62
De 40 a 59,9	68	40,47	114	39,86	116	61,50
Más de 60	6	3,58	87	30,41	51	18,88
Total	168	100	286	100	270	100

En la tabla 6 se muestra la distribución de los casos respecto al tipo de complicaciones y a los grupos de edades. El grupo de edad más incidido fue el de 50 a 59 años. La principal complicación presentada fue el hematoma en 15 pacientes. La dehiscencia en las heridas, la sepsis y la necrosis de piel se produjeron en un menor número de casos.

Tabla 6. Pacientes según tipo de complicaciones y grupos de edades

Grupo de edades (años)	Complicaciones							
	Hematoma		Dehiscencia		Sepsis		Necrosis de piel	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Menos de 40	0	0	0	0	1	33,33	0	0
De 40 a 49	4	26,67	1	16,67	1	33,33	0	0
De 50 a 59	6	40,00	3	50,00	1	33,33	2	100
60 años o más	5	33,33	2	33,33	0	0	0	0
Total	15	100	6	100	3	100	2	100

Fuente: Registros del Departamento de Estadísticas del Hospital Provincial General Docente "Dr. Antonio Luaces Iraola".

En la tabla 7 se muestra la distribución de los pacientes según el tipo de complicaciones y sexo, donde el hematoma predominó con nueve casos en el sexo femenino (50%) y con seis en el masculino (75%). La dehiscencia, la sepsis y la necrosis de piel se presentaron en un menor número de casos, con predominio en el sexo femenino.

Tabla 7. Distribución de los casos según tipo de complicaciones y sexo

Complicaciones	Sexo			
	Masculino		Femenino	
	No.	%	No.	%
Hematoma	6	75	9	50,00
Dehiscencia	1	12,50	5	27,78
Sepsis	1	12,50	2	11,11
Necrosis de piel	0	0,00	2	11,11

Total	8	100	18	100
--------------	----------	------------	-----------	------------

Fuente: Registros del Departamento de Estadísticas del Hospital Provincial General Docente "Dr. Antonio Luaces Iraola".

La distribución de casos según complicaciones y tipo de flacidez se muestra en la tabla 8. El hematoma fue más frecuente en la flacidez temporofaciocervical con 9 casos (52,94%) y en la flacidez faciocervical con seis casos (85,71 % del total de siete pacientes complicados). La dehiscencia se presentó en menor proporción para los tres tipos de flacidez.

Tabla 8. Distribución de los casos acorde a las complicaciones y al tipo de flacidez

Complicaciones	Tipo de flacidez						Total	
	Temporofacial		Faciocervical		Temporofacio cervical			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Hematoma	0	0	6	85,71	9	52,94	15	57,69
Sepsis	1	50,00	0	0,00	2	11,76	3	11,54
Dehiscencia	1	50,00	1	14,29	4	23,53	6	23,08
Necrosis de piel	0	0,00	0	0,00	2	11,76	2	7,69
Total	2	100	7	100	17	100	26	100

Fuente: Registro del Departamento de Estadísticas del Hospital General Provincial Docente "Dr. Antonio Luaces Iraola".

La tabla 9 muestra la distribución de casos según el tejido decolado y las complicaciones. El hematoma predominó cuando se decoló más de 60 mm de tejido en 10 pacientes (66,67%). La dehiscencia, la sepsis y la necrosis de piel se produjeron en un menor número de casos, sobre todo al decolarse tejido en una cuantía superior a 60 mm.

Tabla 9. Distribución de los casos según tejido decolado y complicaciones

Tejido decolado (mm)	Complicaciones							
	Hematoma		Sepsis		Dehiscencia		Necrosis de piel	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
De 20 a 39,9	0	0,00	1	33,33	1	16,67	0	0
De 40 a 59,9	5	33,33	0	0,00	1	16,67	0	0
Más de 60	10	66,67	2	66,67	4	66,67	2	100
Total	15	100	3	100	6	100	2	100

Fuente: Registros del Departamento de Estadísticas del Hospital General Provincial Docente "Dr. Antonio Luaces Iraola".

La mayoría de los pacientes refirieron sentirse totalmente satisfechos y solo cinco pacientes estuvieron parcialmente satisfechos con el procedimiento.

DISCUSIÓN

En este estudio predominó el sexo femenino, sin embargo en el ámbito internacional otros autores reportan similar proporción en ambos sexos.^(8,9) Esta diferencia puede estar relacionada con las características socioculturales y tabúes del hombre en Cuba.

Los resultados alcanzados respecto al predominio del grupo de 50 a 59 años de edad, coinciden con los alcanzados por Ventura⁽¹⁰⁾ en Argentina en el año 2008. La edad es un factor importante para realizar una intervención quirúrgica de cualquier magnitud, pues el aumento de la edad es proporcional a la aparición de complicaciones. Lo anterior se debe a las características biológicas y a las condiciones tisulares para responder ante una reparación hística de envergadura y a la tendencia al sangrado por el incremento de la fragilidad capilar y la esclerosis vascular.

La flacidez temporofaciocervical fue más frecuente tanto en hombres como en mujeres. Esta variable está directamente vinculada con la edad, donde el grupo de 50 a 59 años reportó el mayor número de casos. Estos resultados pueden estar relacionados con la espera para acudir a

consulta y cuando lo hacen el grado de deformidad facial es más evidente, a lo cual se agrega el temor a la operación.

A pesar de ser menor el número de intervenciones en el sexo masculino, fue mayor el número de complicaciones. En ambos sexos el hematoma fue la complicación más frecuente, descrito de igual manera por Calderón y cols.⁽¹¹⁾ y por Jacobovsky⁽¹²⁾. El hematoma se produce por los niveles tensionales elevados originados por los sangrados secundarios a la hipertensión arterial. Además, por el uso indiscriminado del ácido acetilsalicílico, así como por otros factores técnicos relacionados con el tipo de sutura para ligar vasos y el uso o no de electrocauterio.

La mayoría de los pacientes se mostraron satisfechos con el procedimiento quirúrgico. El propósito de una intervención quirúrgica de rejuvenecimiento facial es llevar los tejidos del tercio medio facial a su posición original, para lograr que el paciente quede lo más satisfecho posible con la intervención realizada.⁽¹³⁾ En la literatura revisada no se encontraron estudios similares a este trabajo.

Jacono y cols.⁽¹⁴⁾, en los resultados de su investigación revelan que la autoestima del paciente antes de la operación influye parcialmente en el resultado posoperatorio. En su estudio, las mediciones de autoestima no se correlacionaron directamente con el efecto positivo de los resultados quirúrgicos. Estos resultados ponen de relieve la compleja naturaleza de la psiquis humana y su relación con la cirugía estética, y demuestra que los pacientes presentan un amplio espectro de reacciones psicológicas después de la intervención quirúrgica de estiramiento facial. No existe la ritidoplastia ideal, y los procedimientos se deben individualizar según cada paciente.

CONCLUSIONES

Predominaron las mujeres y el grupo de edades de 50-59 años. En ambos sexos prevaleció la flacidez temporofaciocervical. En las áreas temporal y facial el mayor número de pacientes presentó un rango de 20 a 39,9 mm de tejido resecaado y en el área cervical un rango de 40 a 59,9 mm. En las áreas facial y cervical el rango de mayor incidencia de pacientes fue de 40 a 59,9 mm de tejido decolado y en la temporal de 20 a 39,9 mm. El hematoma fue la complicación más frecuente y el sexo masculino el más incidido a pesar de representar un menor número de casos. La mayoría de los pacientes refirieron sentirse totalmente satisfechos. Solo cinco pacientes estuvieron parcialmente satisfechos.

Conflictos de intereses

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mole B., Clavería G. Ritidoplastia con doble anclaje: una técnica para principiantes. *Cir plást iberolatinoam* [Internet]. Sep 2013 [citado 7 Feb 2014];39(3):231-40. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/cpil/v39n3/original4.pdf>
2. Goulart Jr, Scipioni AP. Ritidoplastia: sutura del sistema SMAS-Platisma e importancia de la filosofía de la naturalidad. *Cir plást iberolatinoam* [Internet]. Jun 2013 [citado 11 Mar 2015];39(2):105-19. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/cpil/v39n2/original1.pdf>
3. Baroudi R. A propósito de las ritidoplastias. *Cir Plást iberolatinoam* [Internet]. Sep 2014 [citado 12 Jun 2016];40(3):[aprox. 1 p.]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/cpil/v40n3/articulo1.pdf>
4. Lambros V, Stuzin JM. Discussion. Longevity of SMAS facial rejuvenation and support. *Plast Reconstr Surg*. 2010;126(1):238-9.
5. Vallarta Rodríguez RA, Ruiz Treviño JJ, Guerrero F, Ferrero E, Vélez BE. Ritidoplastia compuesta biplanar con restauración de volúmenes. *Cir Plást iberolatinoam* [Internet]. Dic 2015 [citado 12 Jun 2016];41(4):349-58. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/cpil/v41n4/original1.pdf>

6. Vargas Flores T, Marca Cahuana LP. Lifting facial. Rev. Act. Clin. Med [Internet]. 2014 [citado 12 Jun 2016];48:2529-32. Disponible en: http://www.revistasbolivianas.org.bo/pdf/raci/v48/v48_a01.pdf
7. AR, Vieira R. Ritidoplastia setorial temporal - incisão marginal intracapilartração do musculo orbicular e blefaroplastia. Rev. Bras. Cir. Plást. [Internet]. 2013 [citado 12 Jun 2016];28(4):557-62. Disponible en: <http://www.rbc.org.br/export-pdf/1467/v28n4a08.pdf>
8. Sarnoff DS, Gotkin RH. ACELIFT: a minimally invasive alternative to a facelift. J Drugs Dermatol [Internet]. Sep 2014 [citado 19 Jul 2015];13(9):1038-46. Disponible en: <http://www.cosmetiquemd.com/wp-content/uploads/2015/06/AceLift-JDD.pdf>
9. Muñiz E. La cirugía cosmética: Productora de mundos posibles. Una mirada a la realidad mexicana. Estud Cent Estud Av Univ Nac Córdoba [Internet]. Jun 2012 [citado 12 Jun 2016];(27):119-32. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1852-15682012000100010
10. Ventura OM, Marcello G, Marino H, Buquet J, Gamboa J. Ritidoplastia con cicatrices cortas: ligamentos de retención y vectores de corrección. Cir plást iberolatinoam [Internet]. Mar 2008 [citado 26 Feb 2015];34(1):51-60. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/cpil/v34n1/51.pdf>
11. Calderón W, Guillermo Israel V, Cabello R, Ramirez S. Ritidectomía profunda sub SMAS. Rev Chilena de Cirugía [Internet]. 2003 [citado 12 Dic 2016];55(4):394-7. Disponible en: http://www.cirujanosdechile.cl/revista_anteriores/PDF%20Cirujanos%202003_04/Rev.Cir.4.03.%2816%29.pdf
12. Jacobovsky ID. Rejuvenecimiento facial. Rev med clin [Internet]. 2010 [citado 13 Feb 2015];21(1):99-106. Disponible en: https://ac.els-cdn.com/S0716864010705113/1-s2.0-S0716864010705113-main.pdf?_tid=d6e56398-af4a-11e7-be3c-00000aab0f02&acdnat=1507812343_a438f6d09d9dc6c5937a254fde3eb6da
13. Letizio NA, Anger J, Baroudi R. Rhytidoplasties: cervicofacial SMAS-plasty according to vector suturing. Rev Bras Cir Plast. 2012;27(2):266-71.
14. Jacono A, Chastant RP, Dibelius G. Association of patient self-esteem with perceived outcome after face-lift surgery. JAMA Facial Plast Surg [Internet]. 2016 [citado 12 Dic 2016];18(1):42-6. Disponible en: <http://jamanetwork.com/pdfaccess.ashx?url=/data/journals/faci/934878/qoi150034.pdf&routename=jamafacialplasticsurgery>

Recibido: 8 de julio de 2016

Aprobado: 7 de febrero de 2017

MSc. Evelio José Ramírez Lara
Hospital General Provincial Docente "Dr. Antonio Luaces Iraola"
Calle Máximo Gómez No.257, entre 4ta y Onelio Hernández. Ciego de Ávila, Cuba. CP.65200
Correo electrónico: <mailto:evelio@ali.cav.sld.cu>