

MEMORIAL CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA PROCESO VERBAL DE MENOR CUANTÍA RADICADO N° 11001400303220220053900 DEMANDANTE: ENRIQUE ERNESTO RIVERA CARDENAS DEMANDADOS: ARMANDO JOSE DEL VALLE RODRIGUEZ Y OTRO.

JOAN SEBASTIAN MARIN MONTENEGRO <asjubo02@gmail.com>

Mié 21/09/2022 3:28 PM

Para: Juzgado 32 Civil Municipal - Bogotá - Bogotá D.C. <cmpl32bt@cendoj.ramajudicial.gov.co>; Centro 1 Bogota <asjubo02@gmail.com>; nalviar@agtabogados.com <nalviar@agtabogados.com>; administración@cirulaserandes.com <administración@cirulaserandes.com>

Respetada

Dra. OLGA CECILIA SOLER RINCÓN

JUZGADO TREINTA Y DOS (32) CIVIL MUNICIPAL DE BOGOTÁ

E. S. D.

**REFERENCIA: VERBAL DE MENOR CUANTÍA
RADICADO N° 11001400303220220053900**

DEMANDANTE: ENRIQUE ERNESTO RIVERA CARDENAS

DEMANDADOS: ARMANDO JOSE DEL VALLE RODRÍGUEZ Y OTRO.

ASUNTO: CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA Y PROPOSICIÓN DE EXCEPCIONES DE MÉRITO

JOAN SEBASTIAN MARIN MONTENEGRO mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 1.016.037.522 de Bogotá y tarjeta profesional de abogado No. 278.639 expedida por el Consejo Superior de la Judicatura, domiciliado y residente en la ciudad de Bogotá D.C., obrando como apoderado especial del demandado Dr. **ARMANDO JOSE DEL VALLE RODRIGUEZ**, mayor de edad, identificado con la cedula de ciudadanía No. 19.167.205 , domiciliado y residente en la ciudad de Bogotá D.C., a través del presente escrito me permito presentar en archivo PDF adjunto la **CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA Y PROPOSICIÓN DE EXCEPCIONES DE MÉRITO, junto con el dictamen pericial de parte con todos los soportes del art. 226 del C.G.P.**

Asimismo, en cumplimiento con lo señalado en la Ley 2213 de 2022 se copia la presente misiva a las demás partes integrantes del proceso.

De la señora Juez. Cordialmente,



JOAN SEBASTIAN MARIN MONTENEGRO

C.C. 1.016.037.522 de Bogotá D.C.

T.P. No. 278.639 del C. S. de la J.

Respetada

Dra. OLGA CECILIA SOLER RINCÓN

JUZGADO TREINTA Y DOS (32) CIVIL MUNICIPAL DE BOGOTÁ

E. S. D.

REFERENCIA: VERBAL DE MENOR CUANTÍA
RADICADO N° 11001400303220220053900

DEMANDANTE: ENRIQUE ERNESTO RIVERA CARDENAS

DEMANDADOS: ARMANDO JOSE DEL VALLE RODRIGUEZ Y OTRO.

ASUNTO: CONTESTACION DE LA DEMANDA Y PROPOSICION DE EXCEPCIONES DE MERITO

JOAN SEBASTIAN MARIN MONTENEGRO mayor de edad, identificado con la cédula de ciudadanía No. 1.016.037.522 de Bogotá y tarjeta profesional de abogado No. 278.639 expedida por el Consejo Superior de la Judicatura, domiciliado y residente en la ciudad de Bogotá D.C., obrando como apoderado especial del demandado Dr. **ARMANDO JOSE DEL VALLE RODRIGUEZ**, mayor de edad, identificado con la cedula de ciudadanía No. 19.167.205 , domiciliado y residente en la ciudad de Bogotá D.C., a través del presente escrito me permito presentar **CONTESTACION DE LA DEMANDA Y PROPOSICION DE EXCEPCIONES DE MERITO** de conformidad con los siguientes:

I. PRONUNCIAMIENTO RESPECTO DE LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA

De conformidad con el artículo 96 del C.G.P. solicito con el acostumbrado respeto a este despacho judicial para que desestime las pretensiones de la demanda por carecer de argumentos facticos y jurídicos, de conformidad con el acervo probatorio, el pronunciamiento factico a la demanda, y los argumentos exceptivos y jurídicos dentro del presente documento, en razón a que mi poderdante el Dr. ARMANDO JOSE DEL VALLE RODRIGUEZ actuó con diligencia, prudencia, y apego debido a los protocolos y la *lex artis* al momento de atención medica proporcionada al paciente ENRIQUE ERNESTO RIVERA CARDENAS.

Así las cosas, ante la inexistencia de culpabilidad y una atribución jurídica del daño alegado a cargo del demandado Dr. ARMANDO JOSE DEL VALLE RODRIGUEZ, no se confirman los requisitos de declaratoria de Responsabilidad Civil Contractual en cabeza del galeno encartado, máxime si se evidencia un actuar medico conforme a protocolos y literatura científica, respecto de las características que presentaba el paciente; en tanto las pretensiones de la demanda, están indefectiblemente llamadas al fracaso, por la no prueba de los elementos de la responsabilidad médica en contra de mi prohijado y sustento jurídico que acredite las mismas:

A LA PRIMERA: ME OPONGO a la primera pretensión teniendo en cuenta que los procedimientos quirúrgicos contratados a mi mandante fueron una ritidoplastia, cervicoplastia y blefaroplastia superior, los cuales se cumplieron con el lleno de los requisitos legales y la praxis medicas aplicable para el momento de ocurrencia de los hechos.

A LA SEGUNDA: ME OPONGO a la declaratoria de responsabilidad civil contractual y patrimonial en contra de mi prohijado y a favor del señor ARMANDO JOSE DEL VALLE RODRIGUEZ toda vez que la declaratoria de responsabilidad civil médica, surge de la conjunción de varios elementos para su declaratoria como son el daño cierto (la conducta culposa del profesional de la salud - acción u omisión-), y el nexo causal; empero, no hay ninguna violación a la *lex artis* que se le pueda reprochar a mi prohijado respecto de la atención en salud del demandante, debido a que en toda la atención medica que desplegó al señor Rivera Cárdenas fue una conducta diligente, prudente, perita y oportuna, adecuada y conforme a los protocolos y la *lex artis* exigible tanto en

la cirugía del 26 de agosto de 2013 como en los controles posoperatorios hasta que la paciente quebrantó la relación asistencial con mi prohijado.

A LA TERCERA: ME OPONGO a la declaratoria de responsabilidad civil contractual y patrimonial en contra de mi prohijado y a favor del señor ARMANDO JOSE DEL VALLE RODRIGUEZ toda vez que la declaratoria de responsabilidad civil médica, surge de la conjunción de varios elementos para su declaratoria como son el daño cierto (la conducta culposa del profesional de la salud - acción u omisión-), y el nexo causal; empero, no hay ninguna violación a la *lex artis* que se le pueda reprochar a mi prohijado respecto de la atención en salud del demandante, debido a que en toda la atención medica que desplegó al señor Rivera Cárdenas fue una conducta diligente, prudente, perita y oportuna, adecuada y conforme a los protocolos y la *lex artis* exigible tanto en la cirugía del 26 de agosto de 2013 como en los controles posoperatorios hasta que la paciente quebrantó la relación asistencial con mi prohijado.

A LA CUARTA: ME OPONGO a la condena por perjuicios extrapatrimoniales que solicita la parte actora, sin que sea una suma determinada y tampoco demostrada en el plenario. Asimismo, no se acredita ninguna conducta reprochable a mi mandante en el curso factico de la demanda, tal y como se acreditará con el acervo probatorio que se allega.

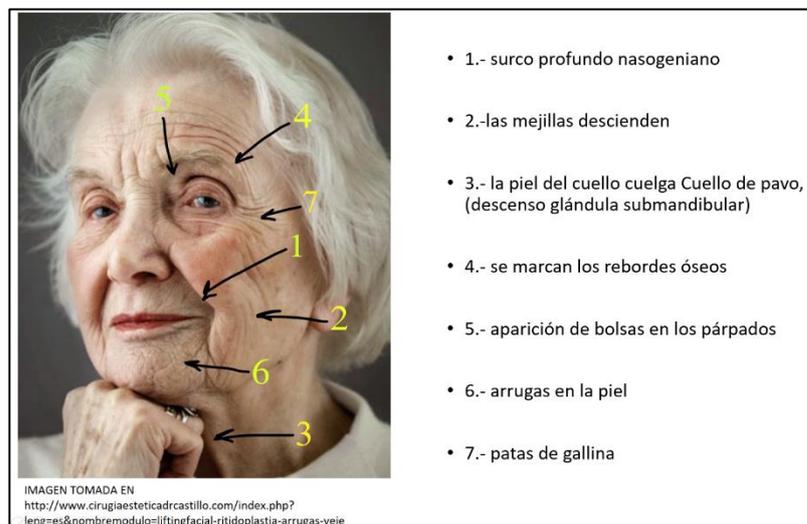
A LA QUINTA: ME OPONGO a la condena por perjuicios extrapatrimoniales que solicita la parte actora, sin que sea una suma determinada y tampoco demostrada en el plenario. Asimismo, no se acredita ninguna conducta reprochable a mi mandante en el curso factico de la demanda, tal y como se acreditará con el acervo probatorio que se allega.

II. PRONUNCIAMIENTO FRENTE A LOS HECHOS DE LA DEMANDA

De conformidad con el numeral 2 del artículo 96 del C.G.P. me permito contestar expresamente cada uno de los hechos de la demanda, en los siguientes términos:

AL HECHO 1: ES CIERTO Y ACLARO toda vez que en la subsanación de la demanda no se menciona lo que ha expuesto el demandante ante otras instancias judiciales como es que buscó a mi prohijado en el HOSPITAL SIMON BOLIVAR lo cual NO ES CIERTO ya que los tiempos en que el Dr. ARMANDO JOSE DEL VALLE prestó sus servicios en dicha institución fue en los años 1984 a 1985 por lo que no es posible que haya podido obtener información ni mucho menos tener alguna atención en los años mencionados por el señor ENRIQUE ERNESTO RIVERA CARDENAS.

Es verdad que el 26 de agosto de 2013 realizan ritidoplastia, cervicoplastia y blefaroplastia superior. En efecto, esta cirugía está creada para mejorar los signos de envejecimiento facial PERO no puede eliminar las líneas de expresión pues estas surgen de la contracción adecuada de los músculos de la mímica facial. Tal y como se puede reflejar en la siguiente imagen (tendrá mayor desarrollo en líneas posteriores):



AL HECHO 2: ES CIERTO Y ACLARO en la descripción quirúrgica figura claramente ritidoplastia, cervicoplastia y blefaroplastia superior. La mención de ritidoplastia y lipoinjerto (inyección de grasa autóloga, es decir, del mismo paciente) está en una nota de enfermería. (Lipoinjerto, no lopoinjerto). Valga aclarar que las cirugías recomendadas por parte de mi mandante obedecen a lo que científicamente se podía realizar de conformidad con la edad y el estado de pre sanidad del demandante, y no se accedió al pedimento del señor ENRIQUE ERNESTO RIVERA CARDENAS en hacer un estiramiento total de la piel de la cara.

AL HECHO 3: NO ES CIERTO Y SE ACLARA ya que efectivamente si existió contrato de prestación de servicios profesionales y se ratifica con las facturas que ya se encuentran en el plenario así como el consentimiento informado que firmó el señor ENRIQUE ERNESTO RIVERA CARDENAS se evidencia cuáles fueron los procedimientos quirúrgicos contratados como eran la ritidoplastia, cervicoplastia y blefaroplastia superior.

AL HECHO 4: ES CIERTO de conformidad con las documentales que se adjuntan con el presente escrito.

AL HECHO 5: ES CIERTO de conformidad con las documentales que se adjuntan con el presente escrito y teniendo en cuenta realizaron ritidoplastia, cervicoplastia y blefaroplastia superior en Cirulaser Andes que es una entidad totalmente diferente a la Fundación Santa Fe. Están en la vecindad, así como la Hacienda Santa Bárbara. El procedimiento fue bajo anestesia general y, es cierto, que el anesthesiólogo fue el Dr. Cortés.

Por último, vale la pena aclarar que los procedimientos quirúrgicos ya mencionados y que fueron practicados por el Dr. ARMANDO JOSE DEL VALLE no tuvieron ninguna complicación como se acreditan con la hoja quirúrgica y con las demás pruebas que se aportan al plenario.

AL HECHO 6: NO ES CIERTO ya que el paciente habla de unas cicatrices en los pómulos que nunca han existido y las cicatrices que el procedimiento dejó fue en la zona pre, supra y retroauricular, zonas en las que no son visibles y estéticamente son aceptables; Por lo cual, no hay ninguna afectación demostrada por parte del extremo demandante.

Técnicamente la ritidoplastia requiere de incisiones pre auriculares para poder acceder a la región de mejillas (o pómulos) así como a región cervical superior, a nivel de la rama mandibular. Asimismo, para tratar el cuello mal definido se hace reducción de la grasa en la región inferior al mentón y se hace plicatura del platisma que crea las bandas platismales. Para este abordaje se hace una incisión en la región submental para mejorar la región central.

Asimismo, la blefaroplastia conlleva cicatrices en el pliegue del párpado que no son visibles con los ojos abiertos como se puede apreciar en la siguiente imagen:



Es FALSO que le faltó intervenir los pómulos pues en muy claro en la descripción quirúrgica la plicatura del SMAS, es decir que está templando las mejillas o pómulos. Además, es muy claro que hace infiltración de grasa en el mentón para mejorar su proyección, en aras de hacer más joven el cuello. Finalmente, hace incisión de blefaroplastia superior para hacer más joven el párpado superior y a través de esta incisión de fija la ceja para que no se caiga (otro signo de envejecimiento: la caída o ptosis de las cejas).

AL HECHO 7: NO ME CONSTA toda vez que no es una situación de hecho que conste en la historia clínica ni que tengan relación con la actuación médica practicada por parte de mi mandante.

AL HECHO 8: NO ES CIERTO no se incumplió con ningún deber por parte de mi prohijado el Dr. ARMANDO JOSE DE VALLE toda vez que la cirugía practicada y contratada se llevó a cabo con el lleno de requisitos que establecía la *praxis médica ad hoc* para el momento de los hechos, y tampoco se utilizó laser para efectuar el procedimiento como mal lo refiere la parte actora, ya que en Cirulaser S.A. no se tenía este artefacto, y en las cirugías practicadas no se usa esta herramienta.

Además, las cicatrices que mencionan son necesarias para la cirugía de rejuvenecimiento. La calidad de estas cicatrices depende de la cicatrización de cada paciente. La cirugía estética trata de mejorar algunas características (en este caso el envejecimiento facial) pero no es milagrosa pues requiere de incisiones, es decir, cortar la piel para poder acceder a las zonas a tratar.

AL HECHO 9: ES CIERTO ya que el 19 de marzo registra que propone retoque de mejillas y en marzo de 2016 ofrece rinoplastia de punta con reducción de las fosas nasales. En ninguna parte figura que ofreció procedimiento con láser.

AL HECHO 10: ES CIERTO ya que el 19 de marzo registra que propone retoque de mejillas y en marzo de 2016 ofrece rinoplastia de punta con reducción de las fosas nasales. En ninguna parte figura que ofreció procedimiento con láser.

AL HECHO 11: NO ES CIERTO la afirmación que expresa la parte demandante que se aplicara BOTOX en el entrecejo por parte del Dr. ARMANDO JOSE DEL VALLE para tratar de reparar el daño padecido. Toda vez que la realidad de lo ocurrido consiste en que en las consultas previas a la cirugía llevada a cabo por parte de mi prohijado le explicó que la toxina Botulínica Tipo A (Botox) se puede usar como una medida paliativa y transitoria no más de 6 meses de duración, al aplicarse en los músculos corrugadores del entrecejo.

Se explica que es una medida paliativa alternativa de lo que el paciente desea mejorar de su entrecejo, pero NO definitiva, la única definitiva es intervenir directamente los músculos, pero no es recomendable por las razones que se explicarán en líneas posteriores.

AL HECHOS 12: NO ES CIERTO no se incurrió en ninguna negligencia médica por parte de mi prohijado como se explicará en las excepciones de mérito.

AL HECHO 13: NO ES CIERTO CONFORME Y ESTÁ EXPUESTO EN LA DEMANDA, toda vez que no se devolvió el dinero solicitado por el demandante en un valor de DIEZ MILLONES DE PESOS M/CTE, por las siguientes razones:

1. Porque los gastos de la cirugía implican gastos de la clínica, así como honorarios del anestesiólogo, derechos de sala de cirugía, insumos y honorarios del cirujano.
2. Mi prohijado le explicó al demandante que lo único en lo que le podía colaborar era negociar lo correspondiente a los honorarios del Dr. DEL VALLE RODRIGUEZ, pero el resto de gastos no era posible devolverlos.

Por lo anterior, no hay ninguna norma que obligue a mi Cliente a devolver los dineros producto de un Contrato celebrado con el demandante y cuya prestación se efectuó a cabalidad por parte de mi prohijado por lo que no habría incumplimiento ni mora en la prestación a su cargo, ya que los

procedimientos si se realizaron a cabalidad y su inconformidad no estaba sustentada en ninguna falla del proceder del cirujano sino obedecía a un capricho que tenía el señor ERNESTO en tener un aspecto juvenil que no correspondía con su edad.

Finalmente, debe mencionarse que el paciente antes de salir del consultorio de mi mandante, lo amenazó con iniciar acciones legales en su contra, lo cual, efectivamente ocurrió ya que se interpuso una denuncia ante la Fiscalía General de la Nación por Estafa pero fue archivada la investigación, y ante el Tribunal de Ética Médica de Bogotá y fue terminado el proceso en segunda instancia por Caducidad de la acción en decisión del treinta (30) de marzo de 2022 M.P. Diego Andrés Rosselli Cock (Folio 350 del PDF expediente digitalizado de la subsanación de la demanda):



AL HECHO 14: NO ES CIERTO no se incurrió en ninguna negligencia médica por parte de mi prohijado como se explicará en las excepciones de mérito. Además, es claro que la parte actora no demuestra los supuestos de hecho conforme al artículo 167 del C.G.P.

AL HECHO 15: NO ES CIERTO la parte actora no acredita cuales son los supuestos de hecho respecto de CIRULASER y su incumplimiento, en lo que radica a las atenciones suministradas por parte del Dr. ARMANDO JOSE DEL VALLE se cumplió con todas las obligaciones contratadas a su cargo.

AL HECHO 16: ES CIERTO Y ACLARO que se interpuso por el aquí demandante una denuncia penal en contra del Dr. ARMANDO JOSE DEL VALLE por estafa, sin embargo, la investigación se archivó por preclusión y es un hecho que la parte actora no menciona en la demanda.

AL HECHO 17: NO ES CIERTO como se explicará en líneas posteriores mi mandante presentó un denunció por la pérdida parcial de la historia clínica del demandante teniendo en cuenta que hubo un trasapeleo de dichas documentales en la entrega de los mismos a la Secretaria de Salud y la solicitud de varias entidades de todos los registros para proceder a conocer las múltiples quejas que presentó el señor ENRIQUE ERNESTO RIVERA en contra de mi mandante.

AL HECHO 18: ES CIERTO Y SE ACLARA que el resultado de la queja ante el Tribunal de Ética Médica de Bogotá en primera instancia se sancionó a mi mandante – no por negligencia médica- sino por temas de registros en la historia clínica, y en segunda instancia se declaró la caducidad de la investigación por parte del Tribunal Nacional de Ética Médica, por lo que la sanción NO QUEDÓ EJECUTORIA NI FUE OBLIGATORIO SU CUMPLIMIENTO.

AL HECHO 19: ES CIERTO Y SE ACLARA que el resultado de la queja ante el Tribunal de Ética Médica de Bogotá en primera instancia se sancionó a mi mandante – no por negligencia médica-

sino por temas de registros en la historia clínica, y en segunda instancia se declaró la caducidad de la investigación por parte del Tribunal Nacional de Ética Médica, por lo que la sanción NO QUEDÓ EJECUTORIA NI FUE OBLIGATORIO SU CUMPLIMIENTO.

Pertinente resulta argumentar, en punto del proceso ético, como ramificación del derecho sancionatorio al cual también pertenece el proceso penal, que a la luz del artículo 248 de la Constitución Política, “Únicamente las condenas proferidas en sentencias judiciales en **forma definitiva** tienen la calidad de antecedentes penales y contravencionales en todos los órdenes legales.”

En el presente asunto se allega por el Demandante un fallo ético sancionatorio en primera instancia el cual no es una decisión con carácter definitivo y que por consiguiente no puede ser tenido como antecedente ético en contra del Doctor DEL VALLE, primero porque inconforme con la decisión se interpusieron los recursos de Ley con la finalidad de que la decisión fuera revocada y en segundo lugar porque estando en curso el recurso de alzada contra la decisión de primera instancia opero el fenómeno jurídico de la caducidad lo que hace mandatorio disponer la terminación del proceso a favor del médico procesado y abstenerse de pronunciarse de fondo sobre el recurso.

Por consiguiente, el fallo ético de primera instancia, junto con sus argumentos, al no tratarse de una decisión definitiva, no puede tenerse como antecedente ético en contra de mi poderdante y menos aún sus argumentos pueden ser tenidos como válidos, en la medida que sobre ellos jamás existió un pronunciamiento de fondo por la segunda instancia, consecuencia de la configuración de la figura jurídica de la caducidad de la Acción ética.

Teniendo en cuenta lo anterior, por expreso mandato del artículo 29 superior, al no existir a la fecha fallo ético o penal definitivo en contra del Doctor DEL VALLE, por los hechos materia de la presente acción civil, su presunción de inocencia permanece incólume, sin que sea dable tener como fundamentos irrefutables el fallo sancionatorio de primera instancia, del cual se reitera jamás la segunda instancia se pudo pronunciar de fondo por operar la caducidad de la acción ética.

Finalmente, las acciones éticas y civiles, tienen concepciones juridico-filosoficas distintas, de allí que juntas puedan adelantarse de manera paralela, sin que se trasgreda el mandato constitucional de la doble valoración o el doble juzgamiento o *NON BIS IN IDEM*, y ello implica que la finalidad y los elementos de la responsabilidad, en una y otra acción, son totalmente distintos, pese a recaer sobre los mismos hechos.

AL HECHO 20: ES CIERTO Y SE ACLARA toda vez que, si bien existió una sanción en primera instancia por parte del Tribunal de Ética Médica de Bogotá en contra de mi prohijado, vale la pena aclarar los siguientes aspectos:

1. Como se menciona se trata de una sanción de primera instancia que para ese momento ni actualmente, es un fallo ejecutoriado; al contrario, por parte de la defensa del Dr. ARMANDO JOSE DEL VALLE se presentó el recurso ordinario de Apelación y en sede de segunda instancia el Tribunal Nacional de Ética Médica en decisión del 30 de marzo de 2022 al declarar la caducidad de la acción y por ende no hubo ninguna sanción en contra de mi prohijado.
2. Que no se puede confundir el tramite ético-disciplinario antes mencionado que cursó en contra de mi prohijado, para demostrar de esa manera la culpa, toda vez que el análisis de la conducta es distinto de la ley 23 de 1981 a la que se debe ceñir esta judicatura en el asunto de la referencia y que está enmarcada en los postulados 1603 y 1604 del Código Civil y que en el presente asunto no se evidencia ningún incumplimiento contractual a cargo del Dr. ARMANDO JOSE DEL VALLE.
3. Como se mencionó por parte del Dr. ARMANDO JOSE DEL VALLE en la diligencia de versión libre ante el Tribunal de Ética Médica de Bogotá, de manera sincera y honesta, se puso un denuncia en la Policía Nacional para advertir del hurto de los documentos de la Historia Clínica del demandante, por lo que no tuvo ninguna intención en no entregar dicha

documental al paciente, sino que físicamente era inexistente bajo las razones ya anotadas, tal y como se advierte de las mismas pruebas que fueron allegadas con la demanda (Folios 143 y 144 del PDF):

Constancia por Pérdida de Documentos

Constancia por Pérdida de Documentos y/o Elementos

La Policía Nacional de Colombia Certifica que el día 12 mes 3 año 2018, a las 1:52 p. m. El(La) señor(a) ARMANDO JOSE DEL VALLE RODRIGUEZ identificado(a) con Cedula de ciudadanía No. 19167205, reportó el extravío del(los) documento(s) o elemento(s) relacionado(s) a continuación:

Tipo	Número	Descripción
Otro / Other	19065639	SE EXTRAVIÓ APARTES DE HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE ENRIQUE RIVERA CÁRDENAS IDENTIFICADO CON CEDULA DE CIUDADANÍA # 19065639.

La presente constancia se puede verificar en www.policia.gov.co/ConstanciaPublico/Buscador_Constancia.aspx, mediante el número de consecutivo 1916720521597700.

La presente certificación no constituye documento de identificación y solamente constituye la certificación del reporte realizado por el usuario. La entidad encargada de expedir el duplicado del documento o elemento reportado como extraviado puede verificar el reporte en cualquier momento.

SECRETARÍA DE ÉTICA MÉDICA DE BOGOTÁ

SECRETARÍA

117

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
POLICÍA NACIONAL

CONSTANCIA POR PÉRDIDA DE DOCUMENTOS Y/O ELEMENTOS

Se expide el: Lunes, 12 de marzo de 2018 Consecutivo Nro.: 1916720521597700

La Policía Nacional de Colombia Certifica que el día 12/03/2018, a las 1:52 p. m. el(La) señor(a) ARMANDO JOSE DEL VALLE RODRIGUEZ identificado(a) con 7 No. 19167205, reportó el extravío del(los) documento(s) o elemento(s) relacionado(s) a continuación:

Tipo documento/elemento	Número	Descripción	Fecha	Medio
Otro / Other	19065639	SE EXTRAVIÓ APARTES DE HISTORIA		

La presente constancia se puede verificar en www.policia.gov.co mediante el número de consecutivo 1916720521597700.

La presente certificación no constituye documento de identificación y solamente constituye la certificación del reporte realizado por el usuario. La entidad encargada de expedir el duplicado del documento o elemento reportado como extraviado puede verificar el reporte en cualquier momento.

AL HECHO 21: ES CIERTO Y SE ACLARA toda vez que si bien se negó en primera medida el recurso de apelación interpuesto por la defensa de mi prohijado, posterior, se interpuso un nuevo medio de impugnación en contra de dicha decisión y el Tribunal de Ética Médica de esta ciudad procedió a conceder el recurso de alzada contra la decisión que sancionaba al Dr. ARMANDO JOSE DEL VALLE RODRIGUEZ.

AL HECHO 22: ES CIERTO según las precisiones ya anotadas en el hecho anterior.

AL HECHO 23: ES CIERTO Y SE ACLARA que a través de la decisión tomada por el Tribunal Nacional de Ética se declaró la CADUCIDAD de la investigación iniciada en contra de mi prohijado por lo que en Derecho no hubo ninguna sanción en su contra.

AL HECHO 24: NO ES CIERTO según reposa en la historia clínica y se comprobará con las demás pruebas allegadas con el presente escrito, en ningún momento se estableció que la inflamación pasaría en un término temprano, al contrario, desde antes de la cirugía y según lo reporta la literatura científica, el proceso de cicatrización y desinflamación de la nariz se puede demorar hasta 3 años. Se insiste que hay una apreciación subjetiva de la paciente en su resultado que no se puede traducir en un error técnico.

AL HECHO 25: NO ME CONSTA, obedece a una situación fáctica ajena a la prestación del servicio especializado suministrado por parte de mi prohijado, y deberá ser demostrado por la parte actora de conformidad con los postulados del artículo 167 del Código General del Proceso.

Vale la pena mencionar que el Daño debe ser demostrado al interior del presente proceso para que proceda la Declaratoria de Responsabilidad en contra de mi prohijado, junto con los otros elementos de culpa y nexo causal, los cuales brillan por su ausencia tanto en los argumentos como en las pruebas que se allegan al Dossier.

No se observó nada que pruebe que son cicatrices anormales o mal ubicadas, no hay fotografías. Está un presupuesto de un ORL (otorrino) pero no dice que las cicatrices fuesen mal ubicadas ni que fuera un error del cirujano.

AL HECHO 26: NO ES CIERTO que exista una responsabilidad que deba asumir mi mandante el Dr. ARMANDO JOSE DEL VALLE RODRIGUEZ toda vez que efectuó con prudencia y pericia los procedimientos quirúrgicos contratados; Contrario a ello, el señor ERNESTO ha sido muy exigente al punto de lo imaginario querer un resultado que no se prometió y que no se acompasa con la realidad de su anatomía y su edad.

AL HECHO 27: NO ES CIERTO no se incurrió en ninguna negligencia médica por parte de mi prohijado como se explicará en las excepciones de mérito. Además, es claro que la parte actora no demuestra los supuestos de hecho conforme al artículo 167 del C.G.P.

III. PROPOSICION DE EXCEPCIONES PERENTORIAS

De conformidad con el numeral 3 del artículo 96 del CGP me permito proponer las excepciones de mérito en contra de las pretensiones que esboza la parte demandante en la reforma de la demanda, en los siguientes términos:

- INTRODUCCIÓN -

En los procesos judiciales que se pretenda la declaratoria de **Responsabilidad Civil Médica**, para que se estructure la obligación de reparar perjuicios en cabeza de la parte demandada y a favor de la parte demandante, deben concurrir y probarse necesariamente los tres (3) elementos que dan lugar a que efectivamente se pueda declarar la responsabilidad civil, ya que la ausencia de uno o más de ellos ocasiona obligatoriamente que la parte demandada deba ser exonerada de esa obligación de reparación civil que se reclama.

En atención a lo anterior, debe tenerse presente que, en **Responsabilidad Civil Médica**, los tres (3) elementos son (i) Daño; (ii) Culpa; y (iii) Nexo de Causalidad.

El primer elemento que deberá considerarse corresponde al **daño**, pues es el que debe estudiarse inicialmente en un proceso de responsabilidad civil, en la medida que, si no hay daño, no habría nada que reparar. Teniendo en cuenta lo referido, debe resaltarse que el daño ha sido asimilado como el menoscabo, detrimento o lesión que recibe la víctima en uno o más de sus derechos patrimoniales o extrapatrimoniales.

En segundo lugar, se encuentra el elemento de la **culpa**, que corresponde al fundamento de responsabilidad que es aplicable en los asuntos por los cuales supuestamente debe responder un profesional de la medicina por el daño que se reclama irrogado a su paciente. En atención a lo descrito, la culpa puede describirse como un factor subjetivo que se puede precisar y presentar como un error de conducta que no cometería una persona cuidadosa, prudente y diligente colocada en las mismas condiciones externas que el causante del daño. Por lo mencionado, en Responsabilidad Civil Médica, el análisis de esa falta de cuidado, prudencia y diligencia, deberá centrarse, en lo que tiene que ver con si el profesional demandado actuó con sujeción a la *lex artis* o no.

El tercer elemento, se denomina **nexo de causalidad**, el cual hace referencia a la relación fáctica que existe entre el daño que se reclama y la culpa que se demanda que ocasionó el primero, por lo que en caso que no haya dicha relación que permita afirmar que la culpa fue la que dio lugar a la producción del daño, no habrá responsabilidad del demandado, toda vez que el daño solo deberá ser reparado por quien lo haya causado. A efectos de este elemento, debe resaltarse que existe actualmente la teoría de “la causa eficiente del daño” que direcciona lo relativo al nexo causal, es decir que lo limita para que no existan atribuciones fácticas a hechos que, aunque causal e históricamente tuvieron un aporte, no fueron la condición o causa eficiente para que se generara el daño.

Para el caso en cuestión, si se llegare a demostrar dentro del proceso que los daños y perjuicios que la parte actora reclama efectivamente son ciertos, directos y personales, debe dejarse claro que aunque el elemento del daño es un requisito sine qua non para que se declare la responsabilidad civil, tal y como se anotó, no es el único elemento a tener en cuenta para que prospere dicha declaratoria del deber de reparar, pues además habrá que discutirse si efectivamente existió culpa del demandado DR. ARMANDO JOSE DEL VALLE RODRIGUEZ, y si la misma dio lugar fácticamente a que se produjera el daño, esto es que haya un nexo causal.

Así las cosas, y teniendo en cuenta lo referido, solicito de manera respetuosa a su Honorable Despacho, se sirva **DENEGAR** la totalidad de las pretensiones de la demanda incoada por el extremo demandante, toda vez que en el caso objeto de estudio no se encuentran reunidos los elementos que configuran la Responsabilidad Civil Contractual en contra de mi prohijado como pasa a estudiarse con la formulación de las excepciones de fondo que expondrá esta defensa a lo largo de la presente Litis.

PRIMERA: INEXISTENCIA DE DEMOSTRACION DE DAÑO INDEMNIZABLE COMO PRINCIPAL ELEMENTO AXIOLOGICO DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA – AUSENCIA DE LA CARGA PROBATORIA DEL DEMANDANTE-

El sufrimiento de un mal, menoscabo o detrimento en sentido ‘natural’ no es motivo suficiente para considerar la presencia de un daño resarcible, pues debe tratarse de una lesión a un bien jurídico que goza de protección constitucional o legal, de suerte que dicha trasgresión faculta a su titular para exigir su indemnización por la vía judicial, es decir que el bien vulnerado ha de tener un valor para el derecho, y tal situación se deduce del amparo que el ordenamiento le otorga. El criterio para establecer la existencia del daño es, entonces, normativo; lo que quiere decir que los valores, principios y reglas del propio sistema jurídico dictan las pautas para determinar lo que debe considerarse como daño.

Como ha dicho la doctrina y la jurisprudencia, el daño es un interés jurídicamente protegido desde los tratados internacionales, la constitución y la ley, sin daño no hay responsabilidad civil, puesto que el objetivo de la misma es precisamente la reparación o indemnización del daño causado. Así pues, para que el daño sea indemnizado debe **ser cierto y real** como lo ha definido la Corte “**La certidumbre del daño, por consiguiente, es requisito constante ineludible de toda reparación y atañe a la real, verídica, efectiva o creíble conculcación del derecho, interés o valor jurídicamente protegido, ya actual, bien potencial e inminente, mas no eventual, contingente o hipotética** (cas. civ. sentencias de 11 de mayo de 1976, 10 de agosto de 1976, G.J. No. 2393, pp. 143 y 320)”¹ (Se resalta).

Aunado a la certidumbre del daño, se requiere que sea **directo**, esto es, que provenga directamente del hecho del autor o del incumplimiento de una obligación contractual. El daño indirecto no se indemniza porque no existe una relación causal entre el incumplimiento o el hecho dañoso, por un lado, y por el otro el daño mismo.

Que sea personal, es decir, que haya una relación entre el sujeto responsable y la víctima, siendo esta última a solicitar la reparación por haberse perjudicado su interés, pues el daño sufrido por el sujeto pasivo es un menoscabo de ese interés jurídicamente protegido.

Lo anterior, bajo los postulados sustanciales descritos en el artículo 2341 del Código Civil que dispone que todo daño imputable por culpa del demandado, debe repararse por éste, y los preceptos 1613 y 1614 de la misma obra ordenan la indemnización del lucro cesante pasado y futuro. No obstante, dado que algunos daños, pese a su existencia cierta, no son cuantificables, la ley 446 ordena su liquidación equitativa e integral, en cuyo caso, mal puede abstenerse el

¹ Corte Suprema de Justicia Sala de Casación Civil. Sentencia del 09 de marzo de 2012, Rad. 2006-00308-01. MP: Dra. Ruth María Días Rueda.

juzgador de “otorgar la indemnización de un perjuicio que existe pero que no se puede cuantificar con toda precisión”.

Sin embargo, y pese a que la jurisprudencia tanto de la jurisdicción ordinaria como de lo contencioso administrativo ha realizado por casi un siglo un esfuerzo por clasificar los diferentes tipos de daños tanto materiales e inmaterial y establecer el monto de su cuantía, pero, sin que ese primerísimo elemento de la responsabilidad civil establecido desde el derecho antiguo, el operador judicial no puede pasar al estudio de los demás elementos de la responsabilidad aquiliana como son la culpa del galeno encartado y la relación de causalidad, para el efecto, es importante reseñar la **sentencia de casación civil del 4 de abril de 1968** en la que se menciona como principio general de la responsabilidad civil que únicamente hay lugar a imponer una condena por indemnización de perjuicios cuando está demostrado que la acción (u omisión) del agente le causó un daño cierto y serio a la víctima, veamos:

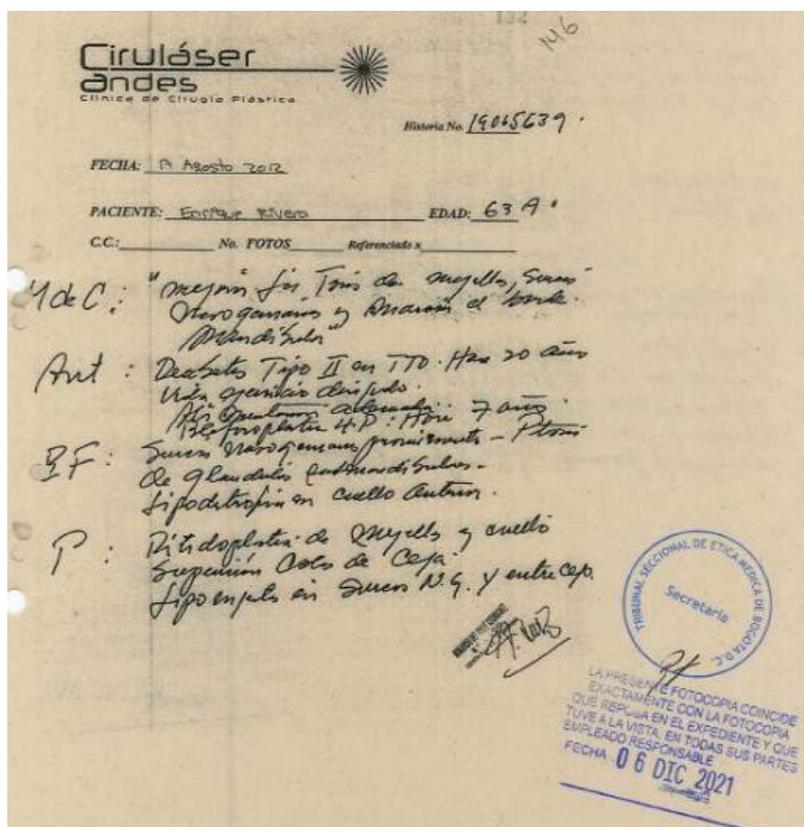
*«De ahí –ha sostenido nuestra jurisprudencia– que no se dé responsabilidad sin daño demostrado, y que el punto de partida de toda consideración en la materia, tanto teórica como empírica, sea la enunciación, establecimiento y determinación de aquél, **ante cuya falta resulta inoficiosa cualquiera acción indemnizatoria**»*

El origen y alcance del daño, en términos generales pueden ser determinados de manera clara, precisa e indubitable y en muy pocos casos la certeza del mismo es difícil demostrar la causa y las consecuencias (por ejemplo, la reparación por pérdida de oportunidad – Sent. SCC CSJ 4 de agosto de 2014), sin embargo, a la luz del artículo 167 del Código General del Proceso le corresponde a la parte demandante (o interesada) demostrar el supuesto de hecho que la norma contiene y así el operador judicial acceder a su pronunciamiento, en el particular, la lesión de un interés jurídicamente protegido, que el campo de la responsabilidad civil adquiere una completa relevancia, y su desmedro otorga al titular o víctima, la pretensión indemnizatoria, y como pasa a analizarse en las líneas posteriores, tanto los hechos como las pretensiones de la demanda no es claro cuál fue el menoscabo, disminución o afectación que sufrió el paciente ENRIQUE ERNESTO RIVERA CARDENAS en la cirugía de ritidoplastia, cervicoplastia y blefaroplastia superior practicada al interior de la clínica Cirulaser S.A. el 26 de agosto de 2013 por parte del cirujano plástico, reconstructivo y estético Dr. ARMANDO JOSE DEL VALLE RODRIGUEZ, y bajo la tesis pacífica que ha sostenido tanto la doctrina como la jurisprudencia nacional, el daño no se presume sino que debe ser demostrado por cualquiera de los medios de prueba con los que cuenta el interesado y están descritos en el artículo 165 de la ley adjetiva.

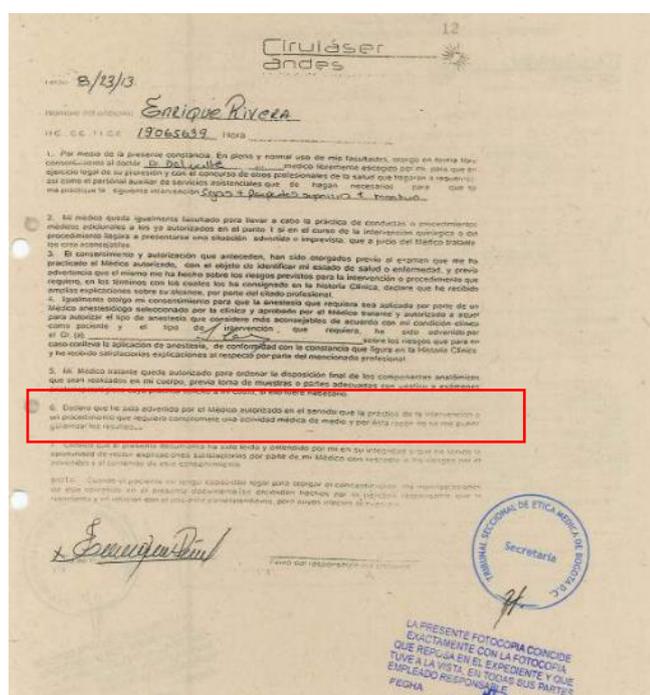
Así, el punto de discusión que se puede inferir de las situaciones fácticas descritas en el libelo genitor es que mi mandante al momento de efectuar las intervenciones médicas contratadas causó un daño en el rostro del paciente dejando una cicatrización pronunciada que le afecta su imagen y su calidad de vida, tesis que es etérea y sin sustento alguno, y que es contraria a la realidad material, como pasa a verse:

A. RESPECTO DEL MOTIVO DE CONSULTA DEL PACIENTE

1. El 17 de agosto de 2012 mi prohijado atendió al demandante señor ENRIQUE RIVERA de 63 años de edad quien acudió refiriendo como motivo de consulta que deseaba un estiramiento de las mejillas y mejoramiento de los párpados superiores, es decir, hace un gesto que quería un estiramiento total, borrando los surcos nasogenianos. (Historia clínica agregada por parte del Dr. DEL VALLE RODRIGUEZ en ampliación de versión libre ante el Tribunal de Ética Médica de Bogotá – folio 158 del PDF de la subsanación de la demanda).



2. Mi mandante procede a explicar que la intención estética del paciente sobre su rostro no es posible quirúrgicamente porque son estructuras anatómicas que dependen de la musculatura, lo cual, por más que se estire la mejilla el surco siempre estará presente, por lo que se le explica al señor ENRIQUE RIVERA que se puede mejorar y atenuar los surcos y hacerlos menos prominentes, esto, pese a que el paciente insiste en su llevar a cabo una cirugía que no era prudente realizar.
3. Seguidamente, el Dr. ARMANDO JOSE DEL VALLE RODRIGUEZ procede a realizar el examen físico de su rostro, encontrando unos surcos nasogenianos prominentes por la flacidez de las mejillas y una blefarochalasis de los párpados superiores por los mismos motivos. (Tal y como reposa en el PDF de la subsanación de la demanda folio 369)



B. RESPECTO DE LA PRACTICA ADECUADA DE LA CIRUGIA CONTRATADA POR EL PACIENTE

4. Vale la pena aclarar que las credenciales académicas y profesionales del demandado Dr. ARMANDO JOSE DEL VALLE RODRIGUEZ no tienen ninguna refutación en el presente asunto, pues para el momento de ocurrencia de los hechos de este proceso contaba con toda la idoneidad como médico Cirujano Plástico, Estético y Reconstructivo con 30 años de experiencia para proceder a efectuar las cirugías de ritidoplastia, cervicoplastia y blefaroplastia superior.
5. Se explica nuevamente por mi prohijado en qué consiste la cirugía agotando el requisito de consentimiento informado y asunción de riesgos por el aquí demandante; Posterior, se informa sobre la técnica quirúrgica que se iba a utilizar sobre su humanidad por parte de mi prohijado, en donde es necesario abordar la mejilla por el área preauricular, supra auricular y retro auricular, para desprender la piel de su lecho y poder hacer las correcciones en los músculos (plicaturas que se realizan con vicryl 00).
 - 5.1. Luego, se hace la incisión submentoniana en el pliegue para poder recolocar el musculo platisma en su sitio original. **Se le explica que las cicatrices son muy generosas porque la supra auriculares están en el cuero cabelludo camufladas al igual que las retroauriculares. La cicatriz notoria inicialmente, los primeros 10 meses, que es el promedio de maduración de toda cicatriz, se tomará ligeramente colorada y al terminar este proceso adquirirá el color de su piel.**
 - 5.2. En los párpados superiores se le explica que las incisiones quedan en el pliegue supratarsal y que allí se camuflan muy bien, al terminar la maduración de la cicatriz.
 - 5.3. Además, se le explica al paciente que las posibles complicaciones inherentes al procedimiento son la formación de hematomas posoperatorios, una cicatrización no favorable en las zonas de incisión, posible pérdida de folículos pilosos en las incisiones sobre cuero cabelludo, trastornos de sensibilidad de las mejillas (normalmente transitorias) por la inflamación, y se informaron complicaciones graves relativas a la afectación del nervio facial, y que no fueron materializadas en el presente caso.
 - 5.4. Se hace pregunta de los antecedentes de la historia clínica del paciente advirtiéndole que tuvo diabetes de 18 años de evolución e hipertensión arterial, con un cuadro crítico que había tenido en días previos a la realización de la consulta.
 - 5.5. Más adelante, se envía a interconsulta con el endocrinólogo Dr. William Katta ordenando los respectivos exámenes de valoración pre quirúrgico. Se le explica por parte de mi prohijado al paciente que debe realizarse los exámenes ordenados y acudir a la consulta con el endocrinólogo para programar el procedimiento, sin embargo, el paciente no regresa.
6. En agosto de 2013 el paciente regresó solicitando nuevamente el estiramiento total de la piel de su cara, a lo cual, mi prohijado volvió y le explicó que esto no se podía por las razones ya anotadas, y se volvió a sugerir la cirugía mencionada en líneas precedentes; se efectuó la valoración física del paciente, se dio información de los riesgos y complicaciones y nuevamente se remitió a interconsulta con el Endocrinólogo que volvió a ordenar los exámenes de laboratorio pertinentes. Luego, con los ajustes médicos pertinentes por parte del mencionado especialista y la valoración pre anestésica realizada por el Dr. JULIAN CORTES en calidad de Anestesiólogo y coordinador de la Clínica Cirulaser S.A. para el momento de los hechos, se procedió a programar al paciente para la cirugía de ritidoplastia de mejillas, cervicoplastia y blefaroplastia superior para el 26 de agosto de 2013 (Esto tal y como reposa en el folio 363 del PDF
7. allegado con la subsanación de la demanda).

Crucesp
Clínica
SAHSA

EVALUACIÓN PREANESTÉSICA

Fecha: 04-23/13

Paciente: Edgardo Torres Cédula: 14665029
 Edad: 44 años Sexo: M No: 20148004
 Diagnóstico: Diabetes mellitus
 Historia Clínica (Breve Resumen): Diabetes mellitus en tratamiento con Insulina y Metformina. Antecedentes de hipertensión arterial y dislipidemia.

EXAMEN FÍSICO
 T/A: 120/80 T: 36.5 P: 72 S: 12 SatO₂: 98%
 H: 1.70 P: 70

Destacados: Diabetes mellitus

Cardíaco: Normal ICC: UMI: Fecha: Angina: Fiebre:
 Pulmón: Arteria: Hiperinflación: Ext. Cardíaco: Crepitos: Tachicardia:
 Abdomen: Normal: SVEA: Hígado: Bazo: Intestino: Rta: Expectoración:
 Piel: Capilar: IMA: Parotidas: Glándulas: Testículos:
 Neurológico: Normal Hiperreflexia: Deseo: Espasmos: Cefalea: Parosmia:
 Sistema de Pecho: Pericardio: Hiperinflación: Hiperinflación: Obstrucción:
 Neurovascular: Espasmos: Normal: Parosmia: Músculos: Edema: Edema:
 Otorrinolaringológico: Normal: Otitis: Otitis: Otitis:
 Hematológico: Normal: Hematuria: Transfusión: Hematoma:
 Anemia: Anemia: Ropcio de cuerpo: Subconjuntival:
 Gastrointestinal: Normal: Hemo digestivo: EAP: Clínica: Obstrucción:
 Urológico: Normal: Fiebre: Otitis:
 Gineco-Obstétrico: Normal: FUR:
 Reacciones alérgicas: No:
 Drogas usadas habitualmente: Insulina, Metformina
 Estado físico ASA: 2, 3, 4, 5, 6
 Observaciones: Ver historia clínica de paciente para detalles de su historia clínica y antecedentes de enfermedades crónicas.

Atestado por: J. Cortes Guarín
 Firma: J. Cortes Guarín

SECRETARÍA GENERAL NACIONAL DE ÉTICA MÉDICA Y ODONTOLÓGICA
 Secretaría
 06/07/2013

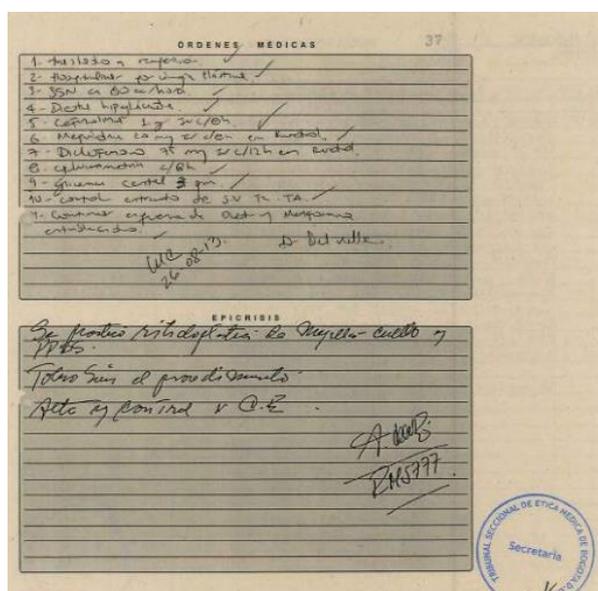
LA PRESENTE FOTOCOPIA COINCIDE EXACTAMENTE CON LA FOTOCOPIA QUE REFIJA EN EL EXPEDIENTE Y QUE EMPLEADO RESPONSABLE FECHA: 06/07/2013

8. En dicha calenda y antes de iniciar el procedimiento quirúrgico, se le explica al paciente nuevamente los riesgos y complicaciones de la cirugía, la técnica y en general en qué consistía todo lo que se le iba a practicar sobre su rostro.

8.1. Lo anterior, es corroborado por la declaración del Dr. JULIAN CORTES GUARIN en calidad de medico Anestesiólogo que asistió el acto quirúrgico precedido por parte de mi mandante, esto, en diligencia de versión libre del Tribunal de Ética Médica de Bogotá del 24 de abril de 2018 (folio 148 del PDF de la subsanación de la demanda):

quirúrgicos de valoraciones y conceptos médicos. En este caso, el paciente tenía una diabetes mellitus manejada con Metformina e Insulina manejada por el endocrinólogo el DR. WILLIAM KATAT, cuyo concepto se adjunta a la historia clínica. Se le informó al paciente los riesgos habituales de este tipo de cirugía con su patología, lee el consentimiento informado y lo firma. PREGUNTA: Este consentimiento informado en el caso específico al cual usted hace referencia es el consentimiento informado referente al proceso anestésico, quirúrgico o a ambos?. CONTESTO: A los dos.

8.2. El acto operatorio dura aproximadamente 5 horas sin registro de ninguna complicación como aparece en la hoja quirúrgica del procedimiento (folio 362 del PDF allegado con la subsanación de la demanda):



11. Para concluir esta etapa quirúrgica en la que no aconteció ninguna adversidad, vale la pena resaltar lo que menciona el perito Dr. LUIS FELIPE PARDO POSSE en el dictamen que se allega al presente escrito respecto a la indicación quirúrgica de las cirugías de ritidoplastia, cervicoplastia y blefaroplastia superior practicadas por parte de mi prohijado, a lo que mencionó:

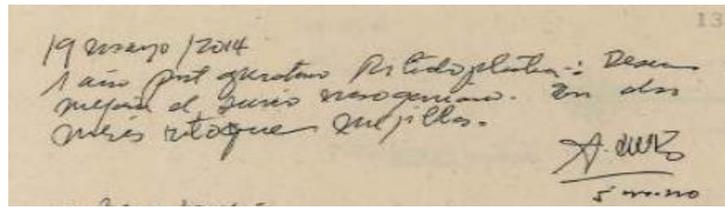
“Sin duda, Sí estaban indicadas estas cirugías. Por una parte, el paciente consulta pues desea mejorar signos claros de envejecimiento del rostro y estas cirugías buscan precisamente, mejorar esos estigmas del envejecimiento facial”.

C. RESPECTO DEL SEGUIMIENTO POSOPERATORIO BRINDADO POR PARTE DEL DR. ARMANDO JOSE DEL VALLE RODRIGUEZ Y AUSENCIA DE DAÑO PRODUCIDO POR EL GALENO DEMANDADO

12. El martes siguiente 27 de agosto de 2013, se realiza el primer control del paciente, quien se presenta al consultorio con un edema en área quirúrgico moderado y un drenaje moderado, buena tolerancia al procedimiento y condiciones generales.
13. El día siguiente 28 de agosto de 2013 el paciente presenta una evolución adecuada.
14. El 31 de agosto de 2013 en el tercer control posoperatorio, se evidencia que el edema ha disminuido, el drenaje es mínimo y se retira.
15. Posterior, los primeros días de septiembre de 2013 se retiran los puntos encontrándose en buena condición las zonas de sutura y propicias para el retiro de los puntos.
16. El 7 de septiembre de 2013 se hace el quinto control del paciente previo a su viaje a Estados Unidos, encontrándose con buenas condiciones generales, con la equimosis del cuello, mejillas y parpados en involución y el estado de las cicatrices en estado adecuado para el momento del control. Se dan recomendaciones de medicamentos para tratar la cicatrización y que cualquier valoración que requiera, mi mandante haría el contacto con otro cirujano en la ciudad de Miami el Dr. Fabio Castro y podría verlo previo contacto.
17. Nuevamente el paciente regresa a consulta con mi prohijado el 19 de mayo de 2014, 9 meses después de la cirugía practicada, quien refiere un retoque para los surcos nasogenianos, y por parte del Dr. ARMANDO JOSE DEL VALLE se le explica que el proceso de envejecimiento no se puede detener y que éste es dinámico, aunque se podría hacer un retoque y se ordenan exámenes pre quirúrgicos (esto teniendo en cuenta la percepción objetiva del galeno y no las fantasías respecto de su cara que tenía el paciente)

Referente al proceso de cicatrización se encuentra en buenas condiciones tanto las pre auriculares como en los parpados. En general, con condiciones en buen estado. (Historia clínica agregada por parte del Dr. DEL VALLE RODRIGUEZ en ampliación de versión libre

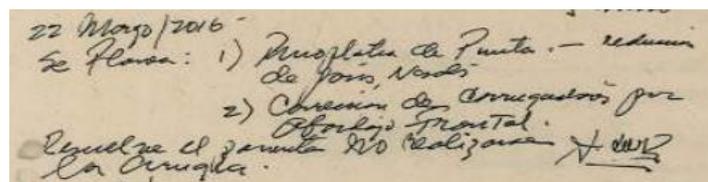
ante el Tribunal de Ética Médica de Bogotá – folio 166 del PDF de la subsanación de la demanda).



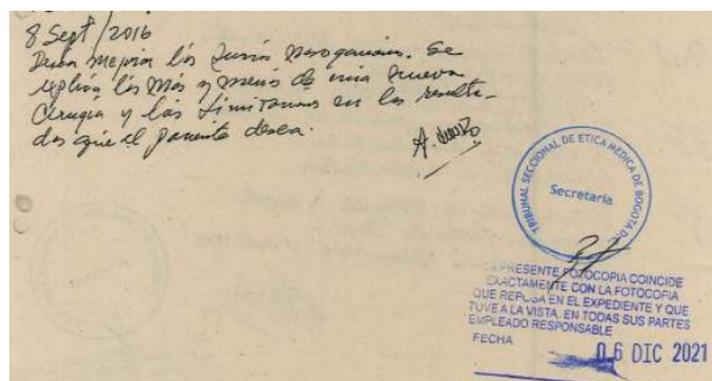
18. El 22 de marzo de 2016 regresa el paciente manifestando que deseaba que se mejorara la punta nasal, reduciéndole los poros nasales y adicionalmente le corrigiera los defectos de las arrugas de los músculos corrugadores por abordaje frontal, frente a esta solicitud mi mandante le explico que no necesitaba la reducción de los poros nasales porque le podía traer problemas funcionales en la toma del aire, en el abordaje directo para corregir las arrugas del ceño fruncido dejan una cicatriz y una depresión en esa zona que son antiestéticas y que por esos motivos no recomendaba realizar dichos procedimientos. Esto pese a que la insistencia por parte del paciente en que debía efectuar los procedimientos y sin ningún costo, a lo cual, se le explica que no es posible acceder por los costos asociados a la cirugía de honorarios, quirófano, anestesiólogo, etc.

18.1. No obstante, y después de una larga discusión, se acordó entre las partes que se iba a realizar el procedimiento de ritidoplastia de mejillas para mejorar los surcos nasogenianos que eran su mayor inconformidad pero que él debía pagar los gastos de la clínica, suma que ascendía a \$4.000.000 m/cte. (dinero que fue reintegrado porque la cirugía no se realizó).

18.2. Bajo las anteriores consideraciones, el paciente se hace una nueva valoración pre anestésica el 22 de marzo de 2016 con el Dr. Julián Cortes Marin y para el 28 de ese mismo mes se programa la cirugía, sin embargo, no se lleva a cabo porque el paciente presentó a última hora inconformidad con los honorarios previamente establecidos por parte del profesional demandado (Los 4 millones de pesos ya mencionados, fueron reintegrados por mi mandante al paciente porque la cirugía no se realizó).



19. Posterior, el 8 de septiembre de 2016 el paciente consulta de nuevo por retoque de los surcos nasogenianos por los motivos ya anotados, cuando vuelve y se explica por parte del Dr. ARMANDO JOSE DEL VALLE que los surcos no pueden desaparecerse completamente sino solo atenuarlos, y adicionalmente debía pagar los gastos de la Clínica y Anestesiólogo. Desde esa fecha el paciente no regresa y no se vuelve a tener contacto con mi prohijado.



Con lo que se puede apreciar del relato factico ya descrito, es claro que el señor ENRIQUE RIVERA tiene un desorden dismorfico corporal aceptan mal su resultado y hacen múltiples reclamos al cirujano. Hasta 81% de estos pacientes están insatisfechos con el postoperatorio y se buscan nuevos defectos y solicitan nuevas cirugías. Es sabido que toman acciones legales y pueden llegar a ser violentas con su terapeuta, tal y como define la literatura científica²; ya que demandante solicitó en almenos 2 ocasiones a mi mandante la realización de procedimientos estéticos en su rostro que francamente no se podían cumplir con las altas expectativas y llegando a las costas de lo imposible dada la condición anatómica del extremo actor.

Aunado a lo anterior, llama poderosamente la atención que, si existía inconformidad por parte del demandante desde el preciso momento de la cirugía o dentro del posoperatorio inmediato, por qué volvió a consultar con mi prohijado para realizarse otros dos (2) procedimientos quirúrgicos consistentes en operarse la nariz y el entrecejo. Aunque mi mandante no recomendó ni realizó dichas cirugías teniendo en cuenta que las cicatrices que quedarían de las incisiones serían más pronunciadas y afectaría su expresión facial.

Así pues, salta a la vista la inexistencia de perjuicio anatómico, a la salud o a la integridad que padezca en la actualidad el demandante ENRIQUE RIVERA y que sea producto directo de la intervención quirúrgica realizada por el Dr. DEL VALLE RODRIGUEZ, sin que sea merecedor de cualquier indemnización patrimonial o extrapatrimonial exigidos por el extremo actor. En consecuencia, se puede concluir que el supuesto daño actual padecido por el gestor de la demanda no está demostrado en el presente litigio **máxime si ha transcurrido un periodo de tiempo donde no se ha acudido nuevamente al cirujano plástico, tampoco tiene ningún dictamen de pérdida de capacidad laboral PCL, ni aporta documental alguna que demuestre la supuesta alteración anatómica causada por mi prohijado;** por lo que el daño no tiene ni la magnitud ni la existencia planteada con la demanda para ser indemnizable, esto, como elemento indispensable de la responsabilidad civil, tal y como lo ha reflejado la Corte Suprema de Justicia Sala Civil sentencia del 18 de septiembre de 2008:

*“De suyo, que, si el daño es uno de los elementos estructurales de la responsabilidad civil, tanto contractual como extracontractual, **su plena demostración recae en quien demanda, (...) lo que traduce que, por regla general, el actor en asuntos de tal linaje, está obligado a acreditarlo (...)**”* (Resaltado fuera del texto original).

Por tal razón, ante la ausencia del elemento principal para la declaratoria de responsabilidad patrimonial en contra de mi prohijado, como es el daño materializado objeto de reparación o también llamado perjuicio en este caso a la salud, y contrario a ello, ya que ninguna afectación a interés legítimo protegido ha sido causada por parte del galeno encartado, por lo que indefectiblemente las pretensiones de la demanda están llamadas a un deceso impróspero.

SEGUNDA: EL CUMPLIMIENTO DEL DEBER DE INFORMACION POR PARTE DEL DR. ARMANDO JOSE DEL VALLE RODRIGUEZ

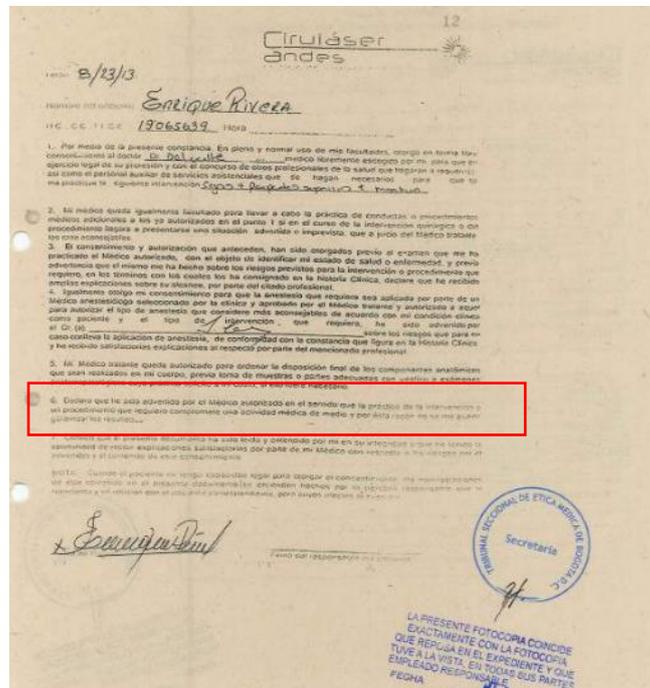
Como ha sido objeto de pronunciamiento por la jurisprudencia constitucional, en el ámbito médico-asistencial es un deber del galeno y común requerir la aceptación o consentimiento del procedimiento quirúrgico al que está por someterse, asumir los riesgos, complicaciones y beneficios de cada cirugía, tal y como lo ha manifestado recientemente la Corte Constitucional en sentencia T-059/18:

*“Aun cuando pueda manifestarse en diferentes escenarios, el ámbito del acto médico ha sido el que más desarrollo jurisprudencial ha tenido. Esto se debe, entre otras cosas, a que en este contexto es común requerir la aceptación del paciente respecto de un tratamiento médico que verse sobre su propio cuerpo. **De aquí que el consentimiento libre e informado sea una expresión del derecho a la autonomía**”*

² *Beauty is in the eye of the Beholder: Body Dismorphic Disorder in Ophthalmic Plastic and Reconstructive Surgery.* The American Society of Ophthalmic Plastic and Reconstructive. 2014.

personal, pues solo el paciente puede valorar los beneficios y los riesgos que suponen una intervención médica y, solo él, podrá determinar si está dispuesto a someterse a ella o no. Así mismo, en el ámbito de las intervenciones médicas tal consentimiento es indispensable para la protección de la integridad personal debido a que el cuerpo del sujeto es inviolable y no puede ser intervenido ni manipulado sin su permiso. Por lo tanto, una actuación que imposibilite al individuo decidir sobre su propio cuerpo respecto de la viabilidad de practicarse o no una intervención clínica de cualquier índole, constituye, en principio, una instrumentalización contraria a la dignidad humana". (Resaltado fuera de texto).

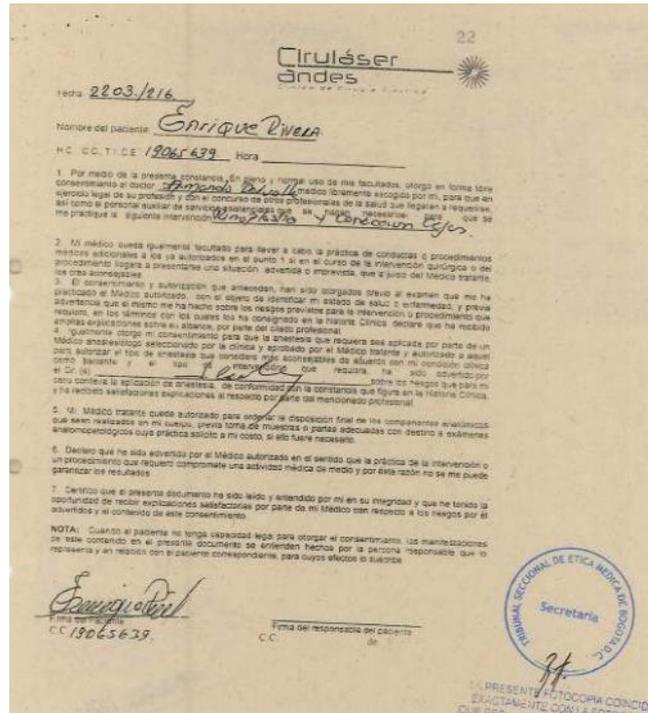
Especialmente se debe resaltar que el galeno demandado respetó en todo momento el derecho fundamental a la autonomía de la paciente, brindando el correspondiente consentimiento informado en cumplimiento de sus deberes éticos contenidos en el artículo 16 de la ley 23 de 1981, así como manteniendo en todo momento la relación médico – paciente con un lenguaje sencillo y claro con el fin que el señor ENRIQUE RIVERA entendiera el procedimiento que se iba a realizar y los riesgos y complicaciones del mismo, como consta en el primer consentimiento informado suscrito el 23 de agosto de 2013 donde se identificaron los riesgos previsibles que podían derivar de la práctica de las intervenciones quirúrgicas contratadas y sugeridas por el cirujano dado el querer de la paciente:



En este punto vale la pena resaltar que mi mandante se esmera por explicar a cada uno de sus pacientes los procedimientos que les va a practicar, la técnica a utilizar, los riesgos, beneficios y complicaciones, y el señor ENRIQUE ERNESTO RIVERA no fue la excepción, sino que por el contrario con este paciente, de manera particular, se tomó más tiempo del que normalmente ocupa con sus pacientes para brindar dicha información, por cuanto se trató de un paciente que tenía unas expectativas muy altas que no se compadecen con la normalidad con el curso regular del proceso de envejecimiento, pues quería tener un rostro no solo sin arrugar sino sin líneas de expresión lo que era imposible dada su avanzada edad; en este punto el Dr. ARMANDO JOSE DEL VALLE RODRIGUEZ le indicó que esto no era posible y no podía detener el proceso de envejecimiento, muy a pesar de las insistencias del demandante.

En razón a lo anterior, falta a la verdad la parte demandante al decir que no se efectuaron los procedimientos contratados y ejecutados por mi poderdante, lo realmente ocurrido es que el paciente no quedó satisfecho en el resultado gracias a sus altas expectativas estéticas, contradiciéndose que le quedaron cicatrices precisamente en el área que fue intervenida por el Dr. ARMANDO JOSE DEL VALLE RODRIGUEZ.

Entonces, tenemos que en el caso que nos ocupa mi defendido si cumplió a cabalidad con el proceso informativo en virtud del cual explicó ampliamente al paciente cuales serían los procedimientos que se le realizarían, la técnica de los mismos, los beneficios y complicaciones, proceso que no se llevó a cabo en una sola oportunidad sino en dos ocasiones (segunda intervención quirúrgica que fue cancelada por el paciente en último momento), dado el tiempo que transcurrió entre el momento en que se le señaló como plan de manejo, es decir, desde el 17 de agosto de 2012 y el 26 de agosto de 2013 día que efectivamente se llevaron a cabo los procedimientos (Folio 383 del PDF allegado con la subsanación de la demanda).



Por lo que sin mayores consideraciones transcurrió un año desde el momento en que se le informó al paciente por primera vez por parte del doctor ARMANDO JOSE DEL VALLE sobre los procedimientos a realizar y la fecha en la que efectivamente se realizó el mismo, adicionalmente previo a la cirugía del 26 de marzo de 2013 vuelve y le explica al paciente todo lo relacionado con el procedimiento y los riesgos y complicaciones que se podía avocar.

TERCERA: MATERIALIZACIÓN DEL RIESGO INHERENTE CICATRIZACIÓN DE LA RITIDOPLASTIA, CERVICOPLASTIA Y BLEFAROPLASTIA SUPERIOR

La expresión *riesgo inherente* se compone de dos (2) términos de riesgo, el cual, según la RAE, es “*contingencia o proximidad de un daño (...). Cada una de las contingencias que pueden ser objeto de un contrato de seguro (...). Estar expuesto a perderse o a no verificarse*”³ e inherente entendido como aquello: “*Que por su naturaleza está de tal manera unido a algo, que no se puede separar de ello*”⁴. Por lo tanto, este despacho no puede juzgar dentro del marco de la responsabilidad y ejercicio de la medicina aquellos riesgos inherentes que se traducen en complicaciones, contingencias o peligros que se pueden presentar en la ejecución de un acto médico e íntimamente ligado con este sea por causa de las condiciones especiales del paciente, de la naturaleza del procedimiento, la técnicas o instrumentos utilizados en su realización, del medio o de las circunstancias externas, que eventualmente pueden generar daños somáticos o a la persona, no provenientes propiamente de la ineptitud, negligencia, descuido o de la violación de los deberes legales o reglamentarios tocantes con la *lex artis*.

Así, para llegar a la conclusión de la configuración del riesgo de una inadecuada cicatrización y el descontento de la paciente proveniente de una cirugía de ritidoplastia, cervicoplastia y

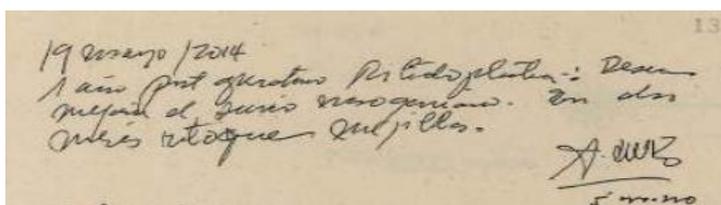
³ RAE. Diccionario esencial de la lengua española. 22 edición, Madrid: Espasa, 2006, p. 1304.

⁴ RAE. Diccionario esencial de la lengua española. 22 edición, Madrid: Espasa, 2006, p. 824.

blefaroplastia superior, se debe estudiar el contexto de las situaciones fácticas que conllevaron a la práctica de la mentada cirugía, sobre el posoperatorio del paciente a saber:

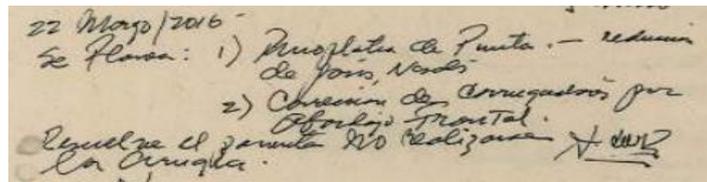
1. El martes siguiente 27 de agosto de 2013, se realiza el primer control del paciente, quien se presenta al consultorio con un edema en área quirúrgico moderado y un drenaje moderado, buena tolerancia al procedimiento y condiciones generales.
2. El día siguiente 28 de agosto de 2013 el paciente presenta una evolución adecuada.
3. El 31 de agosto de 2013 en el tercer control posoperatorio, se evidencia que el edema ha disminuido, el drenaje es mínimo y se retira.
4. Posterior, los primeros días de septiembre de 2013 se retiran los puntos encontrándose en buena condición las zonas de sutura y propicias para el retiro de los puntos.
5. El 7 de septiembre de 2013 se hace el quinto control del paciente previo a su viaje a Estados Unidos, encontrándose con buenas condiciones generales, con la equimosis del cuello, mejillas y párpados en involución y el estado de las cicatrices en estado adecuado para el momento del control. Se dan recomendaciones de medicamentos para tratar la cicatrización y que cualquier valoración que requiera, mi mandante haría el contacto con otro cirujano en la ciudad de Miami el Dr. Fabio Castro y podría verlo previo contacto.
6. Nuevamente el paciente regresa a consulta con mi prohijado el 19 de mayo de 2014, 9 meses después de la cirugía practicada, quien refiere un retoque para los surcos nasogenianos, y por parte del Dr. ARMANDO JOSE DEL VALLE se le explica que el proceso de envejecimiento no se puede detener y que éste es dinámico, aunque se podría hacer un retoque y se ordenan exámenes pre quirúrgicos (esto teniendo en cuenta la percepción objetiva del galeno y no las fantasías respecto de su cara que tenía el paciente)

Referente al proceso de cicatrización se encuentra en buenas condiciones tanto las pre auriculares como en los párpados. En general, con condiciones en buen estado. (Historia clínica agregada por parte del Dr. DEL VALLE RODRIGUEZ en ampliación de versión libre ante el Tribunal de Ética Médica de Bogotá – folio 166 del PDF de la subsanación de la demanda).

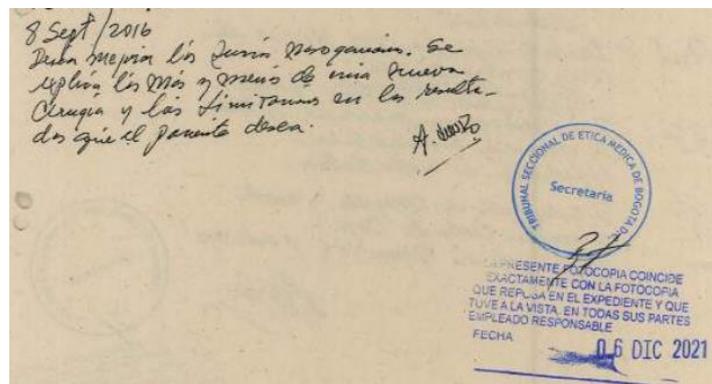


7. El 22 de marzo de 2016 regresa el paciente manifestando que deseaba que se mejorara la punta nasal, reduciéndole los poros nasales y adicionalmente le corrigiera los defectos de las arrugas de los músculos corrugadores por abordaje frontal, frente a esta solicitud mi mandante le explico que no necesitaba la reducción de los poros nasales porque le podía traer problemas funcionales en la toma del aire, en el abordaje directo para corregir las arrugas del ceño fruncido dejan una cicatriz y una depresión en esa zona que son antiestéticas y que por esos motivos no recomendaba realizar dichos procedimientos. Esto pese a que la insistencia por parte del paciente en que debía efectuar los procedimientos y sin ningún costo, a lo cual, se le explica que no es posible acceder por los costos asociados a la cirugía de honorarios, quirófano, anesthesiólogo, etc.
 - 7.1. No obstante, y después de una larga discusión, se acordó entre las partes que se iba a realizar el procedimiento de ritidoplastia de mejillas para mejorar los surcos nasogenianos que eran su mayor inconformidad pero que él debía pagar los gastos de la clínica, suma que ascendía a \$4.000.000 m/cte. (dinero que fue reintegrado porque la cirugía no se realizó).
 - 7.2. Bajo las anteriores consideraciones, el paciente se hace una nueva valoración pre anestésica el 22 de marzo de 2016 con el Dr. Julián Cortes Marin y para el 28 de ese mismo mes se programa la cirugía, sin embargo, no se lleva a cabo porque el paciente

presentó a última hora inconformidad con los honorarios previamente establecidos por parte del profesional demandado (Los 4 millones de pesos ya mencionados, fueron reintegrados por mi mandante al paciente porque la cirugía no se realizó).



8. Posterior, el 8 de septiembre de 2016 el paciente consulta de nuevo por retoque de los surcos nasogenianos por los motivos ya anotados, cuando vuelve y se explica por parte del Dr. ARMANDO JOSE DEL VALLE que los surcos no pueden desaparecerse completamente sino solo atenuarlos, y adicionalmente debía pagar los gastos de la Clínica y Anestesiólogo. Desde esa fecha el paciente no regresa y no se vuelve a tener contacto con mi prohijado.



9. En este punto vale la pena mencionar que el perito Dr. LUIS FELIPE PARDO POSSE en el documento pericial que allega con el presente escrito, refirió que el proceso de cicatrización es inherente e idiosincrático a cada ser humano, siendo un factor que no puede ser controlado por ningún cirujano (respuesta 6):

“Cómo anotado en la explicación de los procedimientos quirúrgicos, estas cirugías requieren de cicatrices en región preauricular, que se puede extender hasta detrás de la oreja para la ritidoplastia. La cervicoplastia tendrá incisión de abordaje en región preauricular y región submentoniana para tratar la parte central del cuello. Por su parte, la blefaroplastia superior implica una cicatriz en el párpado superior, en el pliegue palpebral”.

Y respecto de la ausencia de demostración de daño de la supuesta cicatrización anómala del paciente, el experto es enfático en señalar que no está demostrado este aspecto (respuesta 7):

“En lo revisado NO es para nada claro cuál es la queja sobre las cicatrices. En la demanda anotan que “la lesión que dejaron en su rostro, la cual consiste en una cicatriz visible en el mentón y en la parte superior de las cejas, que consisten en cortes transversales que no sanaron en debida forma”. Por una parte, la cicatriz esperada en el tratamiento del cuello es en la región submental (ilustración 3). En cuanto a la cicatriz en la parte superior de la ceja no es claro porqué en la ceja. Según la descripción quirúrgica realizaron blefaroplastia superior y no cirugía en la frente o las cejas. Lo esperado como incisión en una blefaroplastia figura en la ilustración 5. En esa imagen se observa la ubicación de la herida en una blefaroplastia superior, en este caso aún con puntos”.

Y finaliza diciendo que ningún cirujano podría predecir el curso de una cicatrización (Respuesta 8):

*“Esto es totalmente imposible de asegurar pues es imposible predecir como será el proceso de cicatrización de cada paciente e, incluso en el mismo paciente, en diferentes etapas de su vida. **Es importante entender que el proceso de cicatrización es una serie de eventos que es el organismo del paciente quien lo hace. Por lo tanto, se pueden presentar cicatrices anormales a pesar de una adecuada técnica quirúrgica. Por esta razón, siempre se advierte en el consentimiento informado que no se pueden asegurar resultados**”.*

En razón de lo anterior, puede considerarse que la prueba pericial de parte en un proceso de responsabilidad por la prestación de los servicios de salud como el *sub judice*, deviene suficiente, cuando menos necesaria, para desatar el conflicto y aproximar a este despacho judicial a la mayor verdad probable en relación con la conducta médica juzgada y reprochada por el extremo actor procesal.

Así pues y teniendo en cuenta lo descrito, solicito de manera respetuosa a su Honorable Despacho, se sirva **DENEGAR** la totalidad de las pretensiones de la demanda, toda vez que en el caso objeto de estudio se encuentra que mi mandante siguió y observó durante toda la prestación de sus servicios profesionales lo correspondiente a la *lex artis*, cumpliendo con los protocolos y la enseñanza doctrinal de la literatura científica, y se adentró dentro del campo del criterio del riesgo permitido y no se encuentra demostrado el elemento subjetivo de la responsabilidad civil médica a partir de la situación misma ocurrida, en particular de las secuelas de la intervención quirúrgica que se predicen en la demanda, pues los riesgos inherentes al tratar de curar la enfermedad ocurren a pesar de la idoneidad y de la experiencia médica, punto en el cual, es bueno señalar que los médicos, están guiados, en general, por un régimen de obligaciones de medios (salvo algunas excepciones), no son infalibles, porque muy a pesar suyo y del cuidado, es probable, que el paciente resulte lesionado.

CUARTA: LAS OBLIGACIONES DERIVADAS DE LA CIRUGIA PLASTICA REALIZADA A LA PACIENTE SON DE MEDIOS Y NO DE RESULTADO

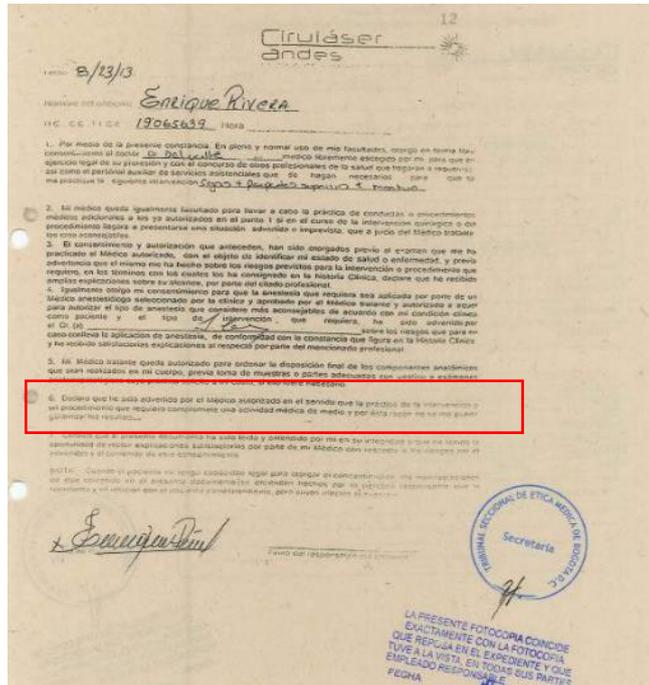
Debido al avance científico, médico y jurídico en la actualidad se tiene plena certeza que los actos médicos derivados de la cirugía plástica son de medios mas no de resultado, dado que el resultado depende de innumerables circunstancias y aspectos externos, en su mayoría propios de los pacientes, que se salen del ámbito de acción, control y actuar del especialista, razón por la cual no es acorde con el ordenamiento jurídico pretender imputar al médico cirujano plástico una conducta de la cual no es científicamente garantizar, pues según la máxima del derecho *“Nadie está obligado a lo imposible”*.

Lo anterior, en consonancia con la sentencia del 5 de noviembre de 2013, proferida por la Sala Civil de la Corte Suprema de Justicia, Radicado 20001-3103-005-2005-00025-01, se tiene lo siguiente:

“Para el caso de la cirugía plástica con fines meramente estéticos, por lo tanto, puede darse el caso de que el médico se obligue a practicar la correspondiente intervención sin prometer o garantizar el resultado querido por el paciente o para el que ella, en teoría, está prevista; o de que el profesional, por el contrario, sí garantice o asegure la consecución de ese objetivo.

En el primer evento, la obligación del galeno, pese a concretarse, como se dijo, en la realización de una cirugía estética, será de medio y, por lo mismo, su cumplimiento dependerá de que él efectúe la correspondiente intervención con plena sujeción a las reglas de la *lex artis ad hoc*; en el segundo, la adecuada y cabal ejecución de la prestación del deudor sólo se producirá si se obtiene efectivamente el resultado por él prometido”. (Subrayas fuera del texto original).

Conforme a lo descrito por la jurisprudencia patria, en el presente caso nos encontramos ante el primer escenario, esto es, realizar una cirugía estética FACIAL sin ninguna promesa de resultado tal y como consta en el consentimiento informado suscrito por el demandante:



Situación que se ajusta a lo manifestado por la sentencia SC7110-2017 del 24 de mayo de 2017, MP Dr. Luis Armando Tolosa Villabona se explica que:

*“(…) si el compromiso se reduce a entregar su sapiencia profesional y científica, dirigida a curar o a aminorar las dolencias del paciente, **basta para el efecto la diligencia y cuidado, pues al fin de cuentas, el resultado se encuentra supeditado a factores externos que, como tales, escapan a su dominio, verbi gratia, la etiología y gravedad de la enfermedad, la evolución de la misma o las condiciones propias del afectado, entre otros.**” (Se resalta).*

En atención a todo lo expuesto y analizada la conducta del Dr. ARMANDO JOSE DEL VALLE RODRIGUEZ a partir de la historia clínica, la literatura científica que se aporta con el presente escrito, la hoja de vida del médico demandado, más las testimoniales, declaraciones de parte, y dictamen pericial de parte se demostrará que la intervención quirúrgica practicada al señor ERNESTO RIVERA fue de manera diligente y con apego a los protocolos médicos designados para tal fin, poniendo todos sus conocimientos técnicos y científicos, y por un riesgo propio de una cirugía de RITIDOPLASTIA, CERVICOPLASTIA Y BLEFAROPLASTIA SUPERIOR, dándose el tratamiento e información pertinente por parte de mi mandante; Empero, como lo ha mencionado la doctrina y la jurisprudencia el médico que ejerce la técnica y procedimiento conforme a la *lex artis* no se le puede endilgar un juicio de reproche, pues es un daño padecido por el extremo activo que es jurídicamente soportable, tal y como lo ha referido el alto tribunal de la jurisdicción ordinaria civil⁵

*“El criterio de normalidad está insito en la *lex artis*, y permite inferir ese carácter antijurídico cuando supera ese criterio, cuando la lesión excede el parámetro de normalidad, en cuanto en todo momento el médico debe actuar con la diligencia debida. En consecuencia, se exige por parte del demandante o del paciente afectado que demuestre en definitiva, tanto la lesión, como la imprudencia del facultativo en la pericia, en tanto constituye infracción de la idoneidad ordinaria o del criterio de la normalidad previsto en la Lex Artis, las pautas de la ciencia, de la ley o del reglamento médico.” (Se resalta).*

⁵ SENTENCIA DE CORTE SUPREMA DE JUSTICIA - SALA DE CASACIÓN CIVIL N° 05001-31-03-012-2006-00234-01 DE 23 DE MAYO DE 2017

Razón por la cual ante la inexistencia de acreditación por la parte demandante de un actuar negligente por parte de mi mandante, el fracasado de las pretensiones es el único pronunciamiento que podría tener este despacho de conformidad con los artículos 280 y 281 del C.G.P. pues la valoración probatoria del plenario así lo determinará.

QUINTA: FALTA DE IMPUTABILIDAD DE LOS DAÑOS RECLAMADOS AL DR. ARMANDO JOSE DEL VALLE RODRIGUEZ

Imputar es el ejercicio de atribuir un resultado dañoso a alguien, para llegar a la imputación debe analizarse primero si hay un nexo causal material o fáctico entre la conducta del demandado y el daño alegado. Superada esta etapa se debe indagar si existe también una causalidad de tipo jurídico, para llegar finalmente a la imputación.

En el caso bajo estudio es claro que no hay ninguna imputación fáctica o jurídica que se pueda predicar de mi mandante quien ofreció al demandante un procedimiento quirúrgico de RITIDOPLASTIA, CERVICOPLASTIA Y BLEFAROPLASTIA SUPERIOR con el fin de poder atenuar los rasgos pronunciados de la vez en la cara, haciendo un tiempo quirúrgico sin ningún contratiempo, y posoperatorio que evolucionó con total normalidad hasta que el paciente regresa a su país de domicilio, posterior y luego de mucho tiempo regresa el paciente requiriendo nuevas intervenciones médicas para alcanzar una meta anhelada pero imposible como es tener una piel facial con ausencia de rezagos de su tercera edad.

Por lo anterior, dentro del *sub judice* no hay ningún axioma de la responsabilidad que se encuentre siquiera demostrado o demostrable, esto, tanto desde el punto de vista material como el que interesa al operador judicial que es desde el escenario jurídico, ya que no hay ninguna norma transgredida por la conducta del galeno encartado, la cual, siempre estuvo ajustada a los exigentes lineamientos de la profesión médica, por lo que sería inocuo estudiar el escenario de la imputación si los postulados clásicos de la responsabilidad aquiliana no han sido acreditados por el extremo demandante en incumplimiento con la carga probatoria establecida en el artículo 167 del Código General del Proceso, tal y como ha sido objeto de pronunciamiento por parte de la Corte Suprema de Justicia en su Sala Civil⁶:

“El daño jurídicamente relevante debe ser atribuido al agente como obra suya, pero no como simple causalidad natural, sino como mecanismo de imputación de la acción (o inactividad) a un sujeto. No puede desconocerse que la ‘causalidad natural’ es uno de los elementos que el juez suele tomar en cuenta para hacer la labor de atribución de un hecho a un sujeto; sin embargo, la valoración de un hecho como causa física de un efecto es sólo un aspecto de la imputación.

Cuando en el lenguaje común y corriente se toma un hecho como generador de una consecuencia jurídica, normalmente se está en presencia de un concepto normativo y no naturalista de causa, sin que esta distinción se haga explícita en la mayoría de los casos por fuerza de la costumbre. Al respecto, GOLDENBERG explica:

«No debe perderse de vista el dato esencial de que, aun cuando el hecho causa y el hecho resultado pertenecen al mundo de la realidad natural, el proceso causal va a ser en definitiva estimado de consuno con una norma positiva dotada de un juicio de valor, que servirá de parámetro para mensurar jurídicamente ese encadenamiento de sucesos. (...) En el iter del suceder causal el plexo jurídico sólo toma en cuenta aquellos efectos que conceptúa relevantes en cuanto pueden ser objeto de atribución normativa, de conformidad con las pautas predeterminadas legalmente, desinteresándose de los demás eslabones de la cadena de hechos que no por ello dejan de

⁶ Sentencia No. 13925-2016 del 30 de septiembre de 2016. Corte Suprema de Justicia Sala Civil. M.P. Ariel Salazar Ramírez.

tener, en el plexo ontológico, la calidad de “consecuencias”». (La relación de causalidad en la responsabilidad civil. Buenos Aires: Editorial Astrea, 2011, p. 8)

La imputación, por tanto, **parte de un objeto del mundo material o de una situación dada pero no se agota en tales hechos, sino que se configura al momento de juzgar: el hecho jurídico que da origen a la responsabilidad extracontractual sólo adquiere tal estatus en el momento de hacer la atribución.**

(...)

Por tal razón, la causalidad adecuada que ha sido adoptada por nuestra jurisprudencia como explicación para la atribución de un daño a la conducta de un agente, debe ser entendida en términos de ‘causa jurídica’ o imputación, y no simplemente como un nexo de causalidad natural. (HANS KELSEN, Teoría Pura del Derecho. México: Porrúa, 2009. p. 90)

La ‘causa jurídica’ o imputación es **el razonamiento por medio del cual se atribuye el resultado dañoso a un agente a partir de un marco de sentido jurídico.** Mediante la imputación del hecho se elabora un juicio que permite considerar a alguien como artífice de una acción (u omisión), sin hacer aún ningún juicio de reproche. **«A través de un acto semejante se considera al agente como autor del efecto, y éste, junto con la acción misma, pueden imputársele, cuando se conoce previamente la ley en virtud de la cual pesa sobre ellos una obligación».** (IMMANUEL KANT, Op. cit. p. 30)⁷. (Resaltado propio)

SEXTA: INEXISTENCIA DE ACREDITACION DE DAÑOS ALEGADOS – AUSENCIA A LA CARGA PROBATORIA DEL DEMANDANTE

Dentro del *petitum* de la demanda no se establece cuáles son los parámetros para establecer la alta cuantía que es solicitada por los supuestos daños padecidos por el extremo actor:

PROCESO, COMPETENCIA Y CUNTIA
Teniendo en cuenta lo establecido en el C.G.P., se trata de un proceso VERBAL, de conformidad con el artículo 368 del C.G.P.; es usted señor juez Municipal, de conformidad con los artículos 25,26,28 del C.G.P., el competente para conocer de la presente demanda, por tratarse las obligaciones en cuantía estimable, es el señor Juez Municipal quien conocerá la presente demanda por estimarse la cuantía entre los 40 y 150 SMLMV.

Asimismo, ha sido consecuente la jurisprudencia patria en que el daño alegado debe tener **“La certidumbre del daño, por consiguiente, es requisito constante ineludible de toda reparación y atañe a la real, verídica, efectiva o creíble conculcación del derecho, interés o valor jurídicamente protegido, ya actual, bien potencial e inminente, mas no eventual, contingente o hipotética (cas. civ. sentencias de 11 de mayo de 1976, 10 de agosto de 1976, G.J. No. 2393, pp. 143 y 320)”**⁸ (Se resalta).

Así las cosas, lo solicitado como daño emergente por la demandante, no está debidamente probado, pues no hay acreditación que indique y soporte la referida erogación dineraria, por concepto de 80 SMLMV correspondientes a daños morales y en la vida en relación que no se encuentran acreditados ni sustentados.

SÉPTIMA: GENÉRICA O INNOMINADA

Con fundamento en lo previsto en el artículo 282 del Código General del Proceso, solicito a su Honorable Despacho se sirva reconocer de oficio cualquier tipo de excepción de mérito que aparezca acreditada en el proceso.

⁷ Corte Suprema de justicia Sala de Casación Civil. Sentencia del 30 de septiembre de 2016. MP. Ariel Salazar Ramírez. Exp. 13925-2016.

⁸ Corte Suprema de Justicia Sala de Casación Civil. Sentencia del 09 de marzo de 2012, Rad. 2006-00308-01. MP: Dra. Ruth María Días Rueda.

IV. OBJECION AL JURAMENTO ESTIMATORIO

De conformidad con el artículo 206 del Código General del Proceso me permito presentar objeción al juramento estimatorio realizado por la parte actora, esto poniendo de presente que hay una inepta demanda realizada por el gestor del proceso, faltando al requisito que trata el numeral séptimo (7) del artículo 82 del estatuto procesal que cuando se requiera juramento estimatorio deberá ir dentro del cuerpo de la demanda como requisito de la misma, empero, la parte demandante deja una acápite en el libelo en los siguientes términos:

PROCESO, COMPETENCIA Y CUNTIA

Teniendo en cuenta lo establecido en el C.G.P., se trata de un proceso VERBAL, de conformidad con el artículo 368 del C.G.P.; es usted señor juez Municipal, de conformidad con los artículos 25,26,28 del C.G.P., el competente para conocer de la presente demanda, por tratarse las obligaciones en cuantía estimable, es el señor Juez Municipal quien conocerá la presente demanda por estimarse la cuantía entre los 40 y 150 SMLMV.

No obstante lo anterior, en la subsanación de la demanda se solicita como perjuicios materiales la suma de 80 SMLMV correspondientes a daños morales y en la vida en relación que no se encuentran acreditados ni sustentados.

Ahora, conforme con lo indicado en el artículo 206 del C.G.P. en el cual indica que se debe hacer oposición al juramento estimatorio, considerando que éste sea en la contestación de la demanda, es que el mismo requisito *sine qua non* para siquiera la admisión de la acción procesal no cumple con los postulados exigidos por el espíritu de la norma. Pues el juramento estimatorio no debe ser como un simple requisito de la demanda sin la seriedad que el mismo requiere, pues fija la congruencia de la sentencia a la que está atada el juez en sistemas dispositivos civiles como el que nos ocupa ya que brilla por su ausencia la debida discriminación de los gastos que acrediten que el señor ERNESTO RIVERA haya tenido que emanar cualquier tipo de erogación a raíz de su perjuicio, soportes de los mismos, copagos, medicamentos, insumos médicos, incapacidades médicas, en fin. Asimismo, no se acreditó cual es la afectación de la esfera social y de placer para demostrar el supuesto daño en la vida en relación que se afectó.

V. PETICIONES

PRIMERA: Se NIEGUEN las pretensiones de la demanda tanto declarativas como de condena.

SEGUNDA: En consecuencia, de lo anterior se **DECLARE** la prosperidad de las excepciones de mérito propuestas en el presente escrito como subsidiarias, a saber:

“PRIMERA: INEXISTENCIA DE DEMOSTRACION DE DAÑO INDEMNIZABLE COMO PRINCIPAL ELEMENTO AXIOLOGICO DE LA RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA – AUSENCIA DE LA CARGA PROBATORIA DEL DEMANDANTE-

SEGUNDA: EL CUMPLIMIENTO DEL DEBER DE INFORMACION POR PARTE DEL DR. ARMANDO JOSE DEL VALLE RODRIGUEZ

TERCERA: MATERIALIZACION DEL RIESGO INHERENTE CICATRIZACIÓN DE LA RITIDOPLASTIA, CERVICOPLASTIA Y BLEFAROPLASTIA SUPERIOR

CUARTA: LAS OBLIGACIONES DERIVADAS DE LA CIRUGIA PLASTICA REALIZADA A LA PACIENTE SON DE MEDIOS Y NO DE RESULTADO

QUINTA: FALTA DE IMPUTABILIDAD DE LOS DAÑOS RECLAMADOS AL DR. ARMANDO JOSE DEL VALLE RODRIGUEZ

SEXTA: INEXISTENCIA DE ACREDITACION DE DAÑOS ALEGADOS – AUSENCIA A LA CARGA PROBATORIA DE LA DEMANDANTE

SÉPTIMA: GENÉRICA O INNOMINADA”

TERCERA: Se **CONDENE** en costas a la parte demandante.

VI. PRUEBAS APORTADAS EN LA CONTESTACION DE LA DEMANDA POR LA DEFENSA DEL DOCTOR ARMANDO JOSE DEL VALLE RODRIGUEZ

De conformidad con el artículo 173 del C.G.P a través del presente documento y en la oportunidad procesal pertinente, me permito allegar las siguientes piezas procesales para que sean decretadas, practicadas y valoradas en el momento de dictar fallo, así:

A.1. Hoja de vida del Dr. ARMANDO JOSE DEL VALLE RODRIGUEZ junto con sus anexos y títulos académicos como especialista en cirugía plástica, por medio de las cuales se demostrará la pericia para actuar en la atención médica brindada al paciente y demandante en el presente escrito señor ENRIQUE ERNESTO RIVERA CARDENAS.

A.2. Copia del consentimiento informado suscrito por parte del señor ENRIQUE ERNESTO RIVERA CARDENAS de fecha 23 de agosto de 2013 por medio del cual se le informa al paciente respecto de los riesgos o complicaciones previstos en la RITIDOPLASTIA, CERVICOPLASTIA Y BLEFAROPLASTIA SUPERIOR, así como que acepta y reconoce sobre la obligación de medios y no de resultados respecto del procedimiento quirúrgico contratado.

A.3. Copia simple de la historia clínica (existente) del señor ENRIQUE ERNESTO RIVERA CARDENAS, mediante la cual, consta la toma de exámenes paraclínicos, las valoraciones pre quirúrgicas, consentimientos informados, evoluciones médicas y seguimiento de la paciente en el posoperatorio.

A.4. Copia simple de la literatura médica:

A.4.1. *CIRUGÍA DEL ENVEJECIMIENTO FACIAL*. Dr. Daniel Jacobovsky L. Cirujano Plástico. Clínica Las Condes.

A.4.2. *RITIDOPLASTIA: SUTURA DEL SISTEMA SMAS-PLATISMA E IMPORTANCIA DE LA FILOSOFÍA DE LA NATURALIDAD*. Goulart Jr., R.*, Scipioni, A.P.*

A.4.3. *APORTES EN LIFTING FACIAL MASCULINO: DISEÑO DE LAS INCISIONES DE ABORDAJE*. Raúl López Bandera, Andrea Laura Pellón.

A.4.4. *RITIDOPLASTIA RITIDECTOMIA LIFTING FACIAL CIRUGIA DE ENVEJECIMIENTO FACIAL*.

A.5. Fallo del Tribunal Nacional de Ética Médica del 30 de marzo de 2022 por medio del cual declara la caducidad de la acción disciplinaria impetrada en contra de mi prohijado.

B. INTERROGATORIO DE PARTE

De la manera más atenta y respetuosa, requiero que su Honorable Despacho se sirva decretar y practicar los interrogatorios de parte de la demandante ENRIQUE ERNESTO RIVERA CARDENAS conforme al artículo 198 del C.G.P., para lo cual ruego se sirva citar a la gestora del proceso a la audiencia que trata el art. 372 del C.G.P. en la que absolverán el interrogatorio, que le formularé de manera oral y/o escrita, en relación con los hechos de la demanda.

C. DECLARACION DE PROPIA PARTE

De conformidad con el artículo 191 del C.G.P. solicito respetuosamente a este despacho para que se fije fecha y hora para recepcionar las declaraciones de parte de mi representado Dr. ARMANDO JOSE DEL VALLE RODRIGUEZ con el fin de exponer de manera clara y detallada lo sucedido con los antecedentes, sintomatología, condición clínica, condición idiosincrática del paciente, la práctica de las cirugías contratadas, los controles posoperatorios, la ausencia de relación causal entre las cirugías practicadas y el supuesto daño padecido, y en general la atención respecto del señor ENRIQUE ERNESTO RIVERA CARDENAS, así como para que se pronuncie sobre las

condiciones de tiempo, modo y lugar de los diagnósticos arrojados en los estudios de cara a la *lex artis ad hoc*.

D. DECLARACIÓN DE TERCEROS

Solicito que conforme a lo consagrado en el artículo 165, 191 y 212 del C.G.P., se decreten y ordenen la recepción de las declaraciones de parte de las personas que a continuación se relacionan y tuvieron conocimiento de los hechos como en cada uno de los casos se describe, siendo versiones importantes para probar las excepciones de la presente contestación:

Se sirva citar al Dr. **FRANCISCO YESID MASMELA DIAZ** identificado con la cedula de ciudadanía No. 19.225.622., en calidad de TESTIGO TÉCNICO como médico especialista en cirugía estética y reconstructiva, quien podrá deponer al despacho los hechos objeto de las excepciones de mérito propuestas por esta defensa. Principalmente, en la indicación de los procedimientos efectuados por parte de mi prohijado al paciente, la adecuada técnica quirúrgica, el cumplimiento de la praxis médica, seguimiento posoperatorio adecuado y la existencia de materialización de un riesgo inherente como es una cicatrización anómala por parte del actor del proceso. Finalmente, en la ausencia de demostración de daño desde el punto de vista médico.

El testigo podrá ser ubicado en el correo electrónico yasmelad@hotmail.com, celular 3003675951 o a través del suscrito apoderado.

E. DICTAMEN PERICIAL APORTADO POR LA DEFENSA DEL DR. ARMANDO JOSE DEL VALLE RODRIGUEZ

Conforme y lo permite la norma procesal en su artículo 226 del C.G.P. con el presente escrito allego Dictamen pericial de parte suscrito por la médico especialista en CIRUGIA PLASTICA Dr. LUIS FELIPE PARDO POSSE adjunto con las documentales requeridas por la norma procesal; mediante el cual, se deprecará ante este estrado judicial sobre el buen proceder de mi mandante Dr. ARMANDO JOSE DEL VALLE RODRIGUEZ en la cirugía estética practicada al paciente el 26 de agosto de 2013, el cumplimiento de la *lex artis* en el pre, intra y pos operatorio y el riesgo inherente de este tipo de intervenciones respecto de la cicatrización inherente.

VII. ANEXOS

1. Las documentales mencionadas en el acápite de pruebas.
2. Poder anexo otorgado por parte del Dr. ARMANDO JOSE DEL VALLE RODRIGUEZ

VIII. FUNDAMENTOS DE DERECHO

Como fundamentos de derecho invoco las siguientes disposiciones normativas:

1. Ley 23 de 1981 (Ley sobre Ética Médica).
2. Código Civil Colombiano, especialmente lo establecido en los artículos 1, 3, 9, 10, 25 a 32, 1494 a 1502, 1527, 1546, 1568 a 1580, 1602 a 1604, 1613 a 1616, 1618 a 1655 y 1757.
3. Código General del Proceso artículos 278 y 282.

IX. OPORTUNIDAD DE PRESENTACIÓN DE LA CONTESTACION DE LA DEMANDA

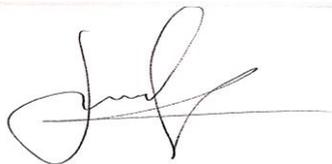
Se debe precisar a este respetado despacho judicial que la contestación de la demanda de la referencia se realiza dentro del término legal, teniendo en cuenta que el extremo demandado se notificó de la presente acción por medio de notificación personal a través de correo electrónico del 30 de agosto de 2022, otorgándosele el término de 20 días para contestar demanda y proponer excepciones de mérito de conformidad con el auto admisorio de la demanda, y contados 2 días hábiles siguientes al recibo de la comunicación, el término para la contestación y fenecería el 29 de septiembre de 2022 fecha antes de radicación de este documento, tal y como consta en el buzón de correo electrónico de esta célula judicial.

X. NOTIFICACIONES

El suscrito apoderado JOAN SEBASTIAN MARIN MONTENEGRO, y el Dr. ARMANDO JOSE DEL VALLE RODRIGUEZ, recibiremos notificaciones en la Secretaría de su Honorable Despacho, o en las siguientes direcciones:

- Dirección Física: Carrera 15A No. 120 – 74 en la ciudad de Bogotá D.C.
- Correo electrónico: asjubo02@gmail.com
- Celular: 3212683505

Del Señor Juez. Cordialmente,



JOAN SEBASTIAN MARIN MONTENEGRO

C.C. 1.016.037.522 de Bogotá D.C.

T.P. No. 278.639 del C. S. de la J.



**LA DIRECTORA DE LA UNIDAD DE REGISTRO NACIONAL DE ABOGADOS Y
AUXILIARES DE LA JUSTICIA DEL CONSEJO SUPERIOR DE LA JUDICATURA**

CERTIFICA

Certificado de Vigencia N.: 557881

Que de conformidad con el Decreto 196 de 1971 y el numeral 20 del artículo 85 de la Ley 270 de 1996, Estatutaria de la Administración de Justicia, le corresponde al Consejo Superior de la Judicatura regular, organizar y llevar el Registro Nacional de Abogados y expedir la correspondiente Tarjeta Profesional, previa verificación de los requisitos señalados por la Ley.

En atención a las citadas disposiciones legales y una vez revisado los registros que contienen nuestra base de datos se constató que el (la) señor(a) **JOAN SEBASTIAN MARIN MONTENEGRO**, identificado(a) con la **Cédula de ciudadanía No. 1016037522.**, registra la siguiente información.

VIGENCIA

CALIDAD	NÚMERO TARJETA	FECHA EXPEDICIÓN	ESTADO
Abogado	278639	04/11/2016	Vigente
Observaciones: -			

Se expide la presente certificación, a los **21** días del mes de **septiembre** de **2022**.

MARTHA ESPERANZA CUEVAS MELÉNDEZ

Directora

Notas 1- Si el número de cédula, los nombres y/o apellidos presentan error, favor dirigirse a la Unidad de Registro Nacional de Abogados y Auxiliares de la Justicia.

2- El documento se puede verificar en la página de la Rama Judicial www.ramajudicial.gov.co a través del número de certificado y fecha expedición.

3- Esta certificación informa el estado de vigencia de la Tarjeta Profesional, Licencia Temporal, Juez de Paz y de Reconsideración

Respetada
Dra. **OLGA CECILIA SOLER RINCÓN**
JUZGADO TREINTA Y DOS (32) CIVIL MUNICIPAL DE BOGOTÁ
E. S. D.

REFERENCIA: VERBAL DE MENOR CUANTÍA
RADICADO N° 11001400303220220053900

DEMANDANTE: ENRIQUE ERNESTO RIVERA CARDENAS

DEMANDADOS: ARMANDO JOSE DEL VALLE RODRIGUEZ Y OTRO.

ASUNTO: OTORGAMIENTO DE PODER

ARMANDO JOSE DEL VALLE RODRIGUEZ, mayor de edad, identificado con la cedula de ciudadanía No. 19.167.205, domiciliado y residente en la ciudad de Bogotá D.C., actuando en calidad de demandado en el proceso de la referencia, a través del presente escrito confiero poder especial amplio y suficiente al abogado **JOÁN SEBASTIÁN MARÍN MONTENEGRO**, identificado con la cédula de ciudadanía No. 1.016.037.522 de Bogotá y con Tarjeta Profesional de Abogado No. 278.639 expedida por el Honorable Consejo Superior de la Judicatura, domiciliado y residente en la ciudad de Bogotá D.C., para que represente mis intereses y prosiga con mi defensa judicial en el proceso de la referencia.

El abogado **JOÁN SEBASTIÁN MARÍN MONTENEGRO** queda especial y ampliamente facultado en el ejercicio del presente poder para notificarse, contestar llamamiento en garantía, recibir, conciliar, desistir, interponer recursos, incidentes, llamar en garantía, practicar pruebas, transigir, sustituir, renunciar, reasumir el presente poder, así como también aquellas consagradas en el artículo 77 del código general del proceso, y en general para que realice todos los actos tendientes en cumplimiento de este mandato y edemas conferidos por la ley, sin que en ningún momento se entienda que carece de facultades.

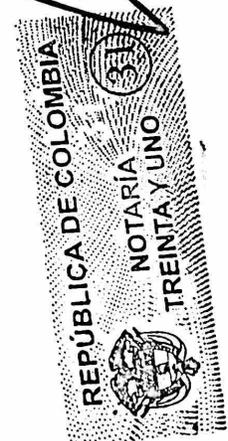
Por lo anterior ruego a su Honorable Despacho reconocerle personería al **JOÁN SEBASTIÁN MARÍN MONTENEGRO** en los términos y para los fines aquí señalados.

Del Señor Juez,


ARMANDO JOSE DEL VALLE RODRIGUEZ
C.C. No. 19.167.205

Acepto,


JOÁN SEBASTIÁN MARÍN MONTENEGRO
C.C. 1.016.037.522 de Bogotá
T.P. No. 278.639 del C.S. de la J.



REPUBLICA DE COLOMBIA
NOTARIA 31 DEL CÍRCULO DE BOGOTÁ

DILIGENCIA DE PRESENTACIÓN PERSONAL
Artículo 2.2.6.1.2.4.1 del Decreto 1069 de 2015



12459014

En la ciudad de Bogotá D.C., República de Colombia, el veinticuatro (24) de agosto de dos mil veintidos (2022), en la Notaría Treinta Y Uno (31) del Círculo de Bogotá D.C., compareció: **ARMANDO JOSE DEL VALLE RODRIGUEZ**, identificado con Cédula de Ciudadanía / NUIP 19167205, presentó el documento dirigido a **JUZGADO TREINTA Y DOS (32) CIVIL MUNICIPAL DE BOGOTA** y manifestó que la firma que aparece en el presente documento es suya y acepta el contenido del mismo como cierto.

----- Firma autógrafa -----



xvzx255o9rld
24/08/2022 - 09:36:08



Conforme al Artículo 18 del Decreto - Ley 019 de 2012, el compareciente fue identificado mediante cotejo biométrico en línea de su huella dactilar con la información biográfica y biométrica de la base de datos de la Registraduría Nacional del Estado Civil.

Acorde a la autorización del usuario, se dio tratamiento legal relacionado con la protección de sus datos personales y las políticas de seguridad de la información establecidas por la Registraduría Nacional del Estado Civil.

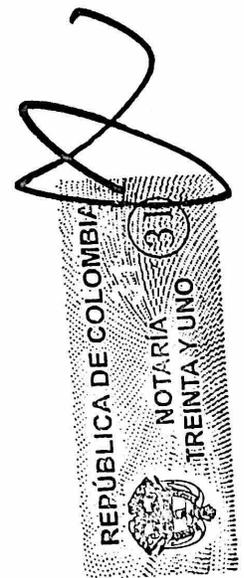


DIANA CONSTANZA VERA DIAZ

Notario Treinta Y Uno (31) del Círculo de Bogotá D.C. - Encargado

Consulte este documento en www.notariasegura.com.co
Número Único de Transacción: xvzx255o9rld

REPUBLICA DE COLOMBIA
DIANA CONSTANZA VERA DIAZ
NOTARIA ENCARGADA
NOTARIA 31 DEL CÍRCULO DE BOGOTÁ



Hoja de Vida

Armando José Del Valle Rodríguez.

CC.: 19 167205 de Bogotá.

Fecha de Nacimiento: 8 de Julio de 1951.

Edad: 71 años.

Estudios primarios: colegio San Bartolomé la Merced , Bogotá.

Estudios secundarios: Seminario Menor de San Pedro Claver (Zipaquirá) de 1 a 4 de bachillerato. Grado de bachiller en el colegio San Bartolomé la Merced.

Estudios Universitarios: Doctor en Medicina y Cirugía, de la Universidad Pontificia Javeriana, Bogotá.

Medicina rural: Leticia (Amazonas)

Postgrado: en la Universidad de Guadalajara (México). Título en Cirugía Plástica y Reconstructiva en el Instituto de Cirugía Reconstructiva de Guadalajara, Jalisco, México.

Ejercicio Profesional como cirujano plástico y reconstructivo en las siguientes instituciones :

Fundación Santafé de Bogotá, Hospital Universitario Fundación Santafé de Bogotá.(Cirujano Plástico institucional y adscrito)

Hospital Simón Bolívar (unidad de quemados).

Hospital de la Misericordia (unidad de quemados y labio y paladar fisurados).

Hospital Universitario de San Ignacio, de la Pontificia Universidad Javeriana: como Jefe de posgrado del servicio de Cirugía Plástica.

Asociación Médica de los Andes: Cirujano Plástico y Reconstructivo (ejercicio privado e institucional)

Instituciones medicas :

Sociedad Colombiana de Cirugía Plástica, Reconstructiva y de la Mano: miembro de número.

Sociedad de Ex-residentes del Instituto De Cirugía Reconstructiva de Guadalajara, Jalisco, México. Miembro activo.

El Instituto de Cirugía Reconstructiva de Jalisco,



S/ta de Salubridad y Asistencia
Serv. Coord. Salud Pública Jalisco
INSTITUTO DE CIRUGIA RECONSTRUCTIVA
GUADALAJARA, JALISCO



Certificado

que el Sr. Dr.

Armando José del Valle Rodríguez,

llevo a cabo sus estudios Teóricos y Prácticos en la Especialidad de:

Cirugía Plástica y Reconstructiva

en el propio Instituto e Instituciones afiliadas al programa de Enseñanza durante el periodo comprendido del 1º de marzo de 1980 al 28 de febrero de 1983.

Guadalajara, Jal., Méx., a 28 de febrero de 1983.

El Gobi. Const. del Estado.

Lic. Flavio Romero de Velasco.

El Director del Instituto.

Dr. José Guerrero Santos.

El Jefe de Salubridad en Jal.

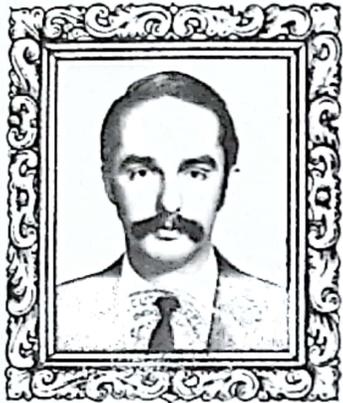
El Jefe del Depto. de Enseñanza

Dr. Apolinario López

Esta fotocopia
exactamente con
que tuvo o la
edición
del original
vista
03 ENE. 1985
NOTARIA
35 Santafe de Bogotá
DEATRIZ SANIN DE WILLS

Dr. Ricardo Rivera García.

El Instituto de Cirugía Reconstructiva de Jalisco,



1-14 de San. Local y Asistencia
Serv. Colect. Salud P. D. Jalisco
INSTITUTO DE CIRUGIA RECONSTRUCTIVA
GUADALAJARA, JALISCO

Certifica,

que el Sr. Dr.



Armando José del Valle Rodríguez,

llevo a cabo sus estudios Teóricos y Prácticos en la Especialidad de:

Cirugía Plástica y Reconstructiva

en el propio Instituto e Instituciones afiliadas al programa de Enseñanza durante el periodo comprendido del 1º de marzo de 1980 al 28 de febrero de 1983.

Guadalajara, Jal., Méx., a 28 de febrero de 1983.

El Gobe. Const. del Estado:

Lic. Flavio Romero de Velasco.

El Director del Instituto:

Dr. José Guerrero Santos.

El Jefe de Salubridad en Jal.:

Dr. Apolinar López Uribe.

El Jefe del Depto. de Enseñanza:

Dr. Ricardo Rivera García.

J



Pontificia Universidad
JAVERIANA
Bogotá

Bogotá, Agosto 30 de 2016
FM/DAC/7038-16

A Quien Corresponda

Por medio de la presente me permito informar que el Doctor Armando José Del Valle Rodríguez identificado con Cédula No. 19.167.205, dentro del marco del Convenio Docencia- Servicio entre el Hospital Universitario San Ignacio y la Pontificia Universidad Javeriana, se desempeñó como Profesor Adhonorem en la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Javeriana, en el periodo comprendido entre el 9 de Febrero de 1995 y el 16 de Enero de 1996.

El Profesor Del Valle acompañó a su documentación el título de: Especialidad de Cirugía Plástica y Reconstructiva del Instituto de Cirugía Plástica y Reconstructiva de Jalisco, avalado por la Escuela de Graduados de la Universidad de Guadalajara.

Cualquier inquietud al respecto con gusto será atendida.

Cordialmente,


MARY BERMUDEZ GÓMEZ, MD, MSc.
Decana Académica





UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA

ESCUELA DE GRADUADOS

SECRETARIA

AREA :

Expediente :

Número :

A QUIEN CORRESPONDA:

Hacemos constar que en el archivo de esta Escuela de Graduados, existe documentación que comprueba que el Médico Cirujano ARMANDO DEL VALLE RODRIGUEZ, curso y aprobó los estudios correspondientes a la Especialidad en Cirugía Plástica y Reconstructiva, con sede en el Instituto de Cirugía Plástica y Reconstructiva, durante el ciclo escolar Marzo 1980 - Febrero 1983 y actualmente su diploma de la Especialidad se encuentra en trámite.

Se extiende la presente a petición del interesado y para los fines que al mismo convengan.

A T E N T A M E N T E

" PIENSA Y TRABAJA "

Guadalajara, Jal., Noviembre 23 de 1983

EL DIRECTOR

DR. AMADO RUIZ SANCHEZ

EL SECRETARIO

M. EN I. SALVADOR DE LEON LOPEZ

drs.



ASCOFAME

ASOCIACION COLOMBIANA DE FACULTADES DE MEDICINA

Bogotá, D.C., 5 de mayo de 2006

*EL JEFE DE LA DIVISION DE SALUD Y EDUCACIÓN DE LA ASOCIACIÓN
COLOMBIANA DE FACULTADES DE MEDICINA – ASCOFAME*

CERTIFICA:

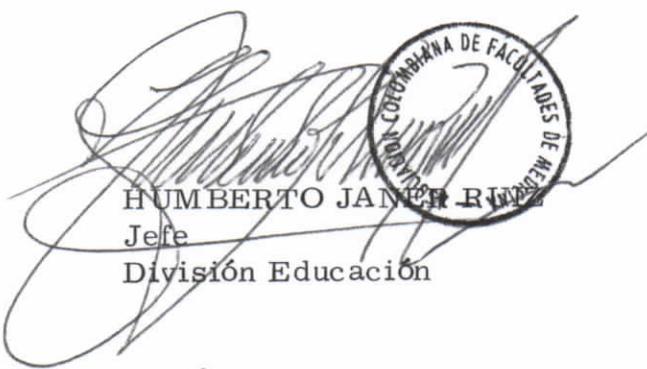
- 1. Que la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina ASCOFAME estuvo facultada por el Decreto 605 de 1963, expedido en desarrollo de la Ley 14 de 1962 para cumplir las responsabilidades asignadas por el Estado en dichas disposiciones hasta la expedición de la Ley 30 de diciembre de 1992, sobre educación superior.*
- 2. Que mediante estas atribuciones y cumpliendo con los requerimientos exigidos para su certificación, se registro como especialista en **CIRUGÍA PLÁSTICA, MAXILOFACIAL Y DE LA MANO** al doctor **ARMANDO JOSÉ DEL VALLE RODRÍGUEZ**, según Acta No. 41 del 18 de octubre de 1985, por parte del Comité de Educación Médica en Cirugía General y subespecialidades quirúrgicas, del Consejo General de Especialidades Médicas de ASCOFAME.*

RICARDO H. ESCOBAR GAVIRIA, MD.

EL SUSCRITO JEFE DE LA DIVISION DE EDUCACION DE LA ASOCIACION COLOMBIANA DE FACULTADES DE MEDICINA;

H A C E C O N S T A R:

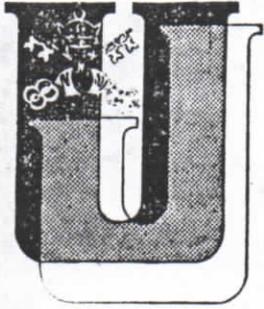
1. Que el Dr. ARMANDO JOSE DEL VALLE RODRIGUEZ (C.C. No. 19'167.205 de Bogotá), presentó una solicitud documentada ante el Comité de Educación Médica en Cirugía General y Sub-especialidades para la Especialidad de Cirugía Plástica en Marzo 8 de 1983;
2. Que en la actualidad dicha solicitud se encuentra pendiente de estudio por parte del Comité de la Especialidad;
3. Que la presente contancia se expide, a los nueve (9) días del mes de Marzo de mil novecientos ochenta y tres (1983).-----



HUMBERTO JANNER RIVERO
 Jefe
 División Educación



HJR/msm



PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA

FACULTAD DE MEDICINA
BOGOTÁ, D. E. - REPUBLICA DE COLOMBIA

EL SUSCRITO DECANO DEL MEDIO UNIVERSITARIO Y SECRETARIO DE LA FACULTAD
DE MEDICINA DE LA PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA

HACE CONSTAR:

Que en el libro de Actas No. 3 Folio 334 hay un Acta que lleva el No. 2084 y en la cual se dice que en ceremonia realizada en el Salón de Grados de la Facultad, el día 7 de Julio de 1.977 la Pontificia Universidad Javeriana: "TOMO EL JURAMENTO DE RIGOR, por el cual prometió sostener el orden, las libertades e independencia de la República, promover la Salud y el Bienestar de sus pueblos, ejercer su profesión de acuerdo con las normas de la moral cristiana y guardar siempre lealtad a la Pontificia Universidad Javeriana" y OTORGO EL TITULO DE DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGIA A: ARMANDO JOSE DEL VALLE RODRIGUEZ.

quien presentó la Cédula de Ciudadanía No. 19'167.205 de Bogotá y la Libreta Militar No. -C928312-

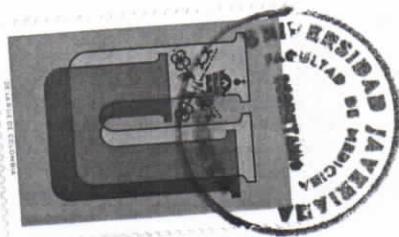
Que a su diploma le correspondió el No. -2126-

Que esta Acta lleva las firmas de:

El Decano Académico ALBERTO ESCALLON AZCUENAGA, MD. (fdo)

El Secretario GABRIEL ORTEGA L., MD. (fdo).

en constancia se firma en Bogotá, D. E., el día 3 de Julio de 1.985




JUAN MARTIN GUTIERREZ D., MD.
Secretario

Tribunal de Ética Médica de Bogotá
Ley 23 de 1981

126

DILIGENCIA DE VERSIÓN LIBRE QUE RINDE EL MEDICO DOCTOR ARMANDO JOSÉ DEL VALLE RODRÍGUEZ, identificado con la Cédula de Ciudadanía No. 19.167.205 de Bogotá. Manifiesta que posee el Registro Médico No. 19167205 de la Secretaria de Salud.

En Bogotá, D.C., a los veintiséis (26) días del mes de junio de dos mil dieciocho (2018), en las instalaciones del TRIBUNAL DE ETICA MEDICA DE BOGOTA, D.C., la Magistrada Instructora DRA. MARÍA CLEMENCIA MAYORGA RAMÍREZ en presencia del Abogado Secretario Ad-Hoc del Tribunal de Ética Médica de Bogotá, D.C., Dr. CARLOS FERNANDO CASTILLO LADINO y previas las formalidades de ley, e imposición del Artículo 33 de la C.N. Manifiesta que designa como su Apoderada a la Doctora MÓNICA ILENOVA LADINO PERDOMO, identificada con la cédula de ciudadanía No. 52.885.524 de Bogotá, Tarjeta Profesional No. 158.063 del Consejo Superior de la Judicatura. Para efectos de notificación mi dirección es: Carrera 15A No. 120-74 piso 2°. Teléfono: 6196077 ext. 175. GENERALES DE LEY: Obrantes a folio 113 del expediente. PREGUNTA: Sirvase informar a este Tribunal en qué condiciones se dio el proceso de consentimiento informado entre usted y el paciente ENRIQUE ERNESTO RIVERA CÁRDENAS para la realización del procedimiento programado para el 28 de marzo de 2016 y qué soportes existen del mismo en la historia clínica?. CONTESTO: Tuve la entrevista médica con el paciente el 22 de marzo de 2016, en donde él consultó porque no estaba satisfecho con el resultado de una rridoplastia que le practiqué 3 años antes. El paciente me argumentaba que estaba igual a cuando consultó por primera vez y que yo no le había realizado la cirugía que él había deseado y quería que lo operara de nuevo, que le corrigiera esos surcos nasogenianos que deseaba desaparecer, desde el primer momento de la consulta hacia 3 años, en donde le expliqué con detalle el por qué su anhelo en el resultado de su cirugía no era posible físicamente porque los surcos nasogenianos son estructuras anatómicas normales en toda cara y que la técnica quirúrgica no lograba sino un mejoramiento en la profundidad de los mismos. Recuerdo que en ese momento él hizo un gesto tomándose las mejillas y estirándolas completamente para que desaparecieran los surcos y a continuación le expliqué que eso no era posible por las razones anteriores, sin embargo él aceptó el procedimiento quirúrgico con esa limitación. De igual modo en la consulta del 22 de marzo, le volví a explicar con detalle lo mismo que le había explicado en su primera consulta 3 años atrás. Durante la consulta le volví a explicar con detalle los más y menos del procedimiento nuevo que él solicitaba; el paciente quería que se le operara en una forma gratuita sin que yo y

DILIGENCIA DE VERSION LIBRE QUE RINDE EL MÉDICO DOCTOR ARMANDO JOSÉ DEL VALLE7784-MA 1 de 5



LA ANTERIOR FOTOCOPIA COINCIDE
 CON SU ORIGINAL QUE TUVE A LA
 VISTA EN TODAS SUS PARTES.
 EMPLEADO RESPONSABLE

06 DIC 2021

Tribunal de Ética Médica de Bogotá
Ley 23 de 1981

la clínica tuviera que pagar nada, para reparar lo que él quería sus surcos nasogenianos. Le expliqué que este era un nuevo procedimiento, que mis honorarios no se los iba a cobrar pero que los gastos de la clínica, anestesia y demás había que cubrirlos. El no estuvo de acuerdo con eso, me exigía que eso debía ser cubierto por mí. En ese momento aprovecha él para decir que como se iba a realizar ese procedimiento, él quería arreglarse la nariz y subirse la cola de las cejas y corregir la arruga del músculo corrugador en el entrecejo. Le expliqué que la elevación de la cola de las cejas con el procedimiento de corrección de los surcos nasogenianos se podía hacer porque era el mismo abordaje quirúrgico. La nariz por las características que presentaba su piel, no auguraban un buen resultado, ya que ese tipo de piel no tiene buena capacidad de acomodación a las nuevas estructuras que uno construya en los cartilagos y el hueso. Le expliqué con detalle que la corrección del musculo corrugador, en estos momentos la estábamos haciendo principalmente con la aplicación de toxina botulínica tipo A (Botox), que era un procedimiento no invasivo, además era transitorio, duraba solo 6 meses la acción y que había que volverlo a repetir. El quería una corrección de dichos músculos permanente o sea quirúrgico. Le expliqué que dicho procedimiento era muy invasivo porque había que realizar una incisión coronal, que va de oreja a oreja y hacer un decolamiento de dicho colgajo hasta llegar a los músculos corrugadores y extirparlos. El consentimiento lo realizó el anesthesiologo en el momento de la consulta pre anestésica. Como el consentimiento es un proceso de tipo informativo, toda la información se la di directamente en la consulta de dicho día, 22 de marzo. Hay una pequeña anotación en la historia realizada en mi consultorio, la cual no aparece en el expediente. PREGUNTA: Usted informó a este Tribunal que la historia clínica de su consultorio se perdió motivo por el cual usted presentó copia de una denuncia por pérdida de historia clínica del paciente ENRIQUE ERNESTO RIVERA CÁRDENAS, de fecha 12 de marzo de 2018, un día antes de la citación a este Tribunal. Explique usted entonces de cuál historia clínica estamos hablando?. CONTESTO: La historia clínica total no se perdió, sufrió pérdida de alguno de los papeles de la historia en el proceso de adecuación y revisión de todas mis historias que hice aproximadamente 2 años antes. Tengo parte de la historia que quedó que conservo en dos (2) en donde reza la atención que se le hizo al paciente. Adjunto los folios. PREGUNTA: A folio 114 en diligencia de Versión Libre, usted le dijo a este Tribunal que no contaba con la historia clínica, presentando la constancia por pérdida de documentos ante la policía nacional el 12 de marzo de 2018, un día antes de la citación a este Tribunal. Indique usted porqué en ese momento no comunicó que tenía parte de la DILIGENCIA DE VERSION LIBRE QUE RINDE EL MÉDICO DOCTOR ARMANDO JOSÉ DEL VALLE7784-MA

2 de 5



06 DIC 2021
LA ANTERIOR FOTOCOPIA COINCIDE
CON SU ORIGINAL QUE TUVE A LA
VISTA EN TODAS SUS PARTES.
EMPLEADO RESPONSABLE

Tribunal de Ética Médica de Bogotá
Ley 23 de 1981

129

historia clínica y al contrario solamente presentó denuncia por pérdida de la historia clínica?. CONTESTO: En ese momento preparando la audiencia, nos dispusimos a buscar toda la documentación existente del caso; por eso se hizo la denuncia hasta ese momento, no sabía que este proceso llegara a estas dimensiones, cosa que me sorprendió entonces busqué todo lo referente al caso y encontré entre todos los arreglos de las historias unos apartes de los papeles que son los que anexo a la presente diligencia. Posiblemente no me expliqué bien al respecto en ese momento respecto a la historia porque todo fue buscado como preparación a la audiencia a la que fui citado, además en la constancia por pérdida de documentos dice extravío de apartes, no dice de la totalidad de la historia. PREGUNTA: Sin embargo, quisiera entender por qué usted no le explicó a este Tribunal que se trataba de apartes, sino que solamente presentó la denuncia por pérdida de historia clínica y nunca hizo la salvedad ni entregó documentación alguna que diera cuenta de que usted tenía parte de la historia?. CONTESTO: En los preparativos para la primera audiencia buscamos con mucho ahínco y desespero toda la posible documentación que nos pudiera servir como constancia de la atención médica y ética que le presté al paciente. PREGUNTA: En el documento que usted aporta hay una consulta fechada 19 de marzo de 2014, una siguiente el 22 de marzo de 2016 y otra el 8 de septiembre de 2016 en donde aparecen unas anotaciones, su firma entre consulta y consulta sin espacios en blanco. Cuál es la parte de la historia clínica que hace falta? CONTESTO: Lo que hace falta son anotaciones del dialogo con el paciente sobre todo el proceso de su cirugía, lo que implicaba, en lo que yo estaba de acuerdo y no estaba de acuerdo, como lo dije anteriormente. PREGUNTA: Por qué si esto es así, se cierra en la hoja que usted entrega a este Tribunal la consulta del 22 de marzo de 2016 y luego aparece una nota del 8 de septiembre de 2016, explique entonces dónde iría la nota que usted dice que falta y que se perdió sobre el consentimiento informado?. CONTESTO: Durante la consulta con frecuencia no alcanzo a hacer todas las anotaciones comentadas y pertinentes al paciente. En este caso después de la consulta lo escribí en la historia pero no lo hice en una forma consecutiva tomándolo en otra hoja que lo adjunté, por eso no aparece el consecutivo. PREGUNTA: Sírvase informar a este Despacho por qué motivo no aparece su firma en el consentimiento informado realizado en la CLÍNICA CIRULÁSER folio 12, de fecha 8/23/2013 ni 22/03/2016 folio 22?. CONTESTO: Porque para ese momento el anestesiólogo en su consulta pre anestésica firmaba y hacía firmar el consentimiento. Por eso no está mi firma en él. Esta práctica ya la hemos corregido en la clínica y tenemos un consentimiento quirúrgico específico para cada procedimiento y es DILIGENCIA DE VERSION LIBRE QUE RINDE EL MÉDICO DOCTOR ARMANDO JOSÉ DEL VALLE7784-AMA.

3 de 5

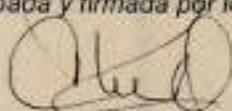


LA ANTERIOR FOTOCOPIA COINCIDE
CON SU ORIGINAL QUE TUVE A LA
VISTA EN TODAS SUS PARTES.
EMPLEADO RESPONSABLE

[Handwritten Signature]
06 DIC 2021

Tribunal de Ética Médica de Bogotá
Ley 23 de 1981

firmado por el cirujano y por el anesthesiologo. PREGUNTA: El 24 de abril de 2018 rindió diligencia de declaración el DR. JULIAN CORTES GUARIN, médico anesthesiologo quien informo que el consentimiento informado incluye únicamente los riesgos desde el punto de vista anestésico y que así fue en el caso puntual del paciente ENRIQUE ERNESTO RIVERA (folio 120 y 120vto). Qué tiene que decir ante esta afirmación?. CONTESTO: Es verdad lo que dice el DR. CORTES; el proceso de comunicación con el paciente lo realicé desde mi consultorio para que él entendiera todas las indicaciones de la cirugía. Él las entendió y me faltó haber hecho firmar un consentimiento directo con el paciente porque en ese momento como dije anteriormente, este paso lo dejábamos en manos de la firma del consentimiento informado del anesthesiologo, procedimiento que ya hemos corregido en la actualidad. PREGUNTA: Sírvase informar a este Despacho si ha sido usted llamado ante alguna instancia: judicial, administrativa o institucional para informar sobre los hechos que nos ocupan en esta diligencia?. CONTESTO: No. PREGUNTA: Desea agregar, enmendar o corregir alguna de las manifestaciones en la presente diligencia?. CONTESTO: Las acusaciones que realiza el paciente, siento honestamente que no son totalmente verdaderas y que el hecho de las irregularidades que se presentaron en el expediente, no quieren decir a mi humilde juicio, que yo no haya actuado ética, moral y médicamente en una forma correcta como lo he hecho por más de 30 años. Siento que las no verdades dichas por el paciente como que lo iba a operar con láser, como que me encontró en la consulta en el HOSPITAL SIMÓN BOLIVAR donde no voy hace 30 años, en donde lo estafé, no son verdad y quiero que conste porque me siento la verdad éticamente atacado, en manos de una persona que no logró entender que después de 3 años de una cirugía, los procesos de envejecimiento normales más con una base de una diabetes que él presenta y de una auto estima que raya un tanto en la fantasía, se tengan en cuenta y se contra pongan a mi ejercicio y a las fallas de tipo procesal que pudieran haber en la historia. Les pido excusas por argumentar de esta manera tan simple pero tan sentida e importante para mí. Muchas gracias. //El despacho deja constancia que el DR. DEL VALLE aporta dos (2) folios para que reposen en el expediente//. //No siendo otro el objeto de la presente diligencia se declara cerrada una vez leída, aprobada y firmada por los que en ella intervinieron//.



MARÍA CLEMENCIA MAYORGA RAMÍREZ
Magistrada Instructora

DILIGENCIA DE VERSION LIBRE QUE RINDE EL MÉDICO DOCTOR ARMANDO JOSÉ DEL VALLE 7784-MA. 4 de 5



LA ANTERIOR FOTOCOPIA COINCIDE
CON SU ORIGINAL QUE TUVE A LA
VISTA EN TODAS SUS PARTES.
EMPLEADO RESPONSABLE

06 DIC 2021

Tribunal de Etica Médica de Bogotá
Ley 23 de 1981

130

[Handwritten Signature]
ARMANDO JOSÉ DEL VALLE RODRÍGUEZ
Versión Libre

[Handwritten Signature]
MÓNICA ILENOVA LADINO PERDOMO
Apoderada

[Handwritten Signature]
CARLOS FERNANDO CASTILLO LADINO
Abogado Secretario Ad-Hoc



[Handwritten Signature]
LA ATENCIÓN FULCORA CONCIDE
CON SU ORIGINAL QUE TUVE A LA
VISTA EN TODAS SUS PARTES.
EMPLEADO RESPONSABLE

[Handwritten Signature]
06 DIC 2021

DILIGENCIA DE VERSION LIBRE QUE RINDE EL MÉDICO DOCTOR ARMANDO JOSÉ DEL VALLE7784-MA. 5 de 5



Tribunal Nacional de Ética Médica
Ley 23/81 - Artículo 63

SALA PLENA SESIÓN No. 1591 DEL TREINTA (30) DE MARZO DEL AÑO DOS MIL VEINTIDOS (2022)

REF: Proceso No. 7784 del Tribunal de Ética Médica de Bogotá
Denunciante: Sr. Enrique Ernesto Rivera Cárdenas
Contra: Dr. Armando José del Valle Rodríguez

Magistrado Ponente: Dr. Diego Andrés Rosselli Cock
Providencia No. 40-2022

VISTOS

Por decisión del 15 de septiembre de 2021, el Tribunal de Ética Médica de Bogotá, negó decretar la caducidad de la acción disciplinaria adelantada contra el Dr. Armando José del Valle Rodríguez, negándose igualmente la concesión del recurso de apelación contra la decisión sancionatoria por haber sido interpuesto extemporáneamente.

La defensa interpuso nuevamente recurso contra ésta última decisión, concediéndosele el recurso de apelación contra el auto del 2 de noviembre que había negado la nulidad y no había concedido la apelación.

Por auto del 17 de noviembre de 2021 concede el recurso de apelación contra la decisión que había negado decretar la caducidad de la acción.

La Sala procede a resolver lo pertinente luego de hacer una síntesis de los siguientes

HECHOS

Fueron sintetizados por la primera instancia de la siguiente manera:

“Fueron puestos en conocimiento de este Tribunal a través del señor ENRIQUE ERNESTO RIVERA CÁRDENAS, quien presentó queja contra el doctor ARMANDO JOSÉ DEL VALLE, por la presunta negligencia en la práctica de unas cirugías de carácter estético.

El señor ENRIQUE ERNESTO RIVERA CÁRDENAS acudió donde el doctor ARMANDO DEL VALLE para que le practicara una cirugía plástica en su rostro, intervención que se llevó a cabo el 26 de agosto de 2013. No obstante, refirió el quejoso, dos de los procedimientos planeados no se llevaron a cabo, lo que, según dijo, produjo consecuencias que no pudo detectar inmediatamente, dado que reside en el exterior y viajó allí con una inflamación inicial que no evidenciaba el resultado final.



Tribunal Nacional de Ética Médica
Ley 23/81 - Artículo 63

Página No.2 continuación de la providencia No. 40-2022

El señor RIVERA CÁRDENAS manifestó que un año después viajó de nuevo a Colombia y se reunió con el profesional encartado, quien le indicó "si práctico una corrección puede tener daños permanentes" y le sugirió corregir un defecto en la parte superior de las cejas mediante una intervención con láser; sin embargo, según el paciente, esta operación no se llevó a cabo, ya que en el momento en que se iba a realizar, el facultativo le informó que realizaría aplicación de bótox, situación por la cual el quejoso refirió, se retractó "(...) del procedimiento (estando en el quirófano), pidiéndole que reembolsara el total de los dineros pagados, sin lograr que los devolviera en su totalidad.

El señor RIVERA CÁRDENAS solicitó que se sancione al doctor DEL VALLE RODRIGUEZ por las conductas anteriormente referidas, así como por el hecho de que el médico nunca le entregó un documento donde constaran las cirugías acordadas o los dineros pagados."

RESULTANDOS Y CONSIDERANDOS

En la decisión que es recurrida, se hicieron entre otras las siguientes consideraciones:

"Igualmente, debe reiterarse que no se presentó una derogatoria expresa del artículo 82 de la Ley 23 de 1981, lo que ocurrió es que se emitieron consideraciones que no cuentan con el carácter de vinculante sobre la materia. Ahora, lo que si se presentó fue una derogatoria tácita de este precepto (en los términos de los artículos 71 y 72 del Código Civil), en atención a que, con la expedición de la Ley 1437 de 2011 (CPACA) y, tal y como lo prevén sus artículos 3º y 47, en materia de procedimiento administrativo sancionatorio, se hace necesaria la remisión a este Código. Así pues, deja de aplicarse el artículo 82 en mención, con fundamento en el principio de prevalencia de la ley posterior sobre la anterior¹.

Ahora bien, esta Entidad determinó que la anterior interpretación se aplicaría a partir del 16 de junio de 2021, con el objeto de revestir de seguridad jurídica las situaciones que fueron consolidadas hasta la fecha. En consecuencia, en el asunto bajo examen en el momento de la emisión de la decisión, así como de su notificación, continuaba vigente la postura en la que la norma aplicable era el Código de Procedimiento Penal, de manera que conforme al artículo 83 del Código Penal, la prescripción de la acción disciplinaria ético-profesional es de 5 años contados a partir de la ocurrencia de los hechos, por lo que tal acción no había caducado en la fecha en la que este Despacho emitió el fallo sancionatorio objeto de debate.

¹ Artículos 2 y 3 de la Ley 153 de 1887.



Tribunal Nacional de Ética Médica
Ley 23/81 - Artículo 63

Página No.3 continuación de la providencia No. 40-2022

Por su parte, se hace necesario hacer alusión al principio de la confianza legítima conforme al cual, la interpretación del operador jurídico debe acompañarse de una necesaria certidumbre, de modo que el fallador *“debe abstenerse de operar cambios intempestivos en la interpretación que de las normas jurídicas venía realizando...”*.² Es pues el principio de confianza legítima la manera de asegurar que, el Estado no altere de manera súbita unas reglas del juego que regulaban sus relaciones con los particulares *“sin que se les otorgue a estos últimos un período de transición para que ajusten su comportamiento a una nueva situación jurídica”*.³

En ese orden de ideas, teniendo en cuenta que a los Tribunales de Ética Médica les fueron asignadas funciones públicas, se presume que les es aplicable el principio de la confianza legítima y, en consecuencia, reconoce este Despacho la importancia de establecer a partir de qué fecha aplicará la interpretación en favor de la aplicación de la Ley 1437 de 2011, entendiéndose derogada la normativa contenida en el Código de Procedimiento Penal a la que previamente se remitía esta Corporación. Por consiguiente, es fundamental que, a los asuntos que estaban siendo tramitados bajo el Código de Procedimiento Penal, se les aplique esta legislación en aras de garantizar el principio no sólo de seguridad jurídica, sino de confianza legítima que tienen los ciudadanos en la administración pública.

Por todo lo anterior, dado que, la última atención brindada por el Dr. DEL VALLE RODRÍGUEZ se dio el día 8 de septiembre de 2016, lo que al realizar el conteo correspondiente y teniendo en cuenta la suspensión de términos prevista en el Decreto 491 de 2020 dada la emergencia sanitaria ocasionada por el Covid-19, se evidencia que la prescripción de la acción disciplinaria ético-profesional tendría lugar el 22 de mayo de 2022. Así las cosas, se puede colegir que no hay lugar a acceder a la solicitud de nulidad aludida por la apoderada del facultativo.

De otro lado, en lo referente al recurso de apelación que, rechazado en providencia del 15 de septiembre de 2021 proferida por esta Sala, con ocasión a que el mismo fue presentado de manera extemporánea, encuentra este Despacho que, si bien la notificación del fallo sancionatorio fue notificada el 28 de abril de 2019, no obra documento alguno en el que se certifique que en efecto tal decisión fue de conocimiento del Dr. DEL VALLE RODRÍGUEZ ni de su apoderada en la misma fecha.

En consecuencia, en aras garantizar el derecho de contradicción y del principio de favorabilidad, se concederá el recurso de apelación impetrado el 21 de mayo de 2021, por lo que se ordenará la remisión del asunto de la referencia al Tribunal Nacional de Ética Médica.”

² Corte Constitucional de Colombia, Sentencia C-131 de 2004

³ Ídem.



Tribunal Nacional de Ética Médica
Ley 23/81 - Artículo 63

Página No.4 continuación de la providencia No. 40-2022

La intervención quirúrgica realizada por el médico disciplinado fue realizada el 26 de agosto de 2013 y la última relación médico-paciente tuvo lugar el 8 de septiembre de 2016, en la que no se llevó a cabo la cirugía inicialmente acordada, por haberse presentado discrepancias sobre el contenido de la misma.

Es decir, que para el día en que se dictó la sentencia sancionatoria, el 17 de marzo de 2021, habían transcurrido algo más de siete años desde el día que se le realizó al quejoso la cirugía plástica y, cuatro años, seis meses y unos días, desde que se produjo la última relación médico-paciente.

En decisión del 15 de septiembre de 2021, se sostuvo por la primera instancia, que en la Sala del 16 de junio de 2021, se decidió que el reconocimiento del período de caducidad establecido por el Código Contencioso Administrativo de tres años, solo se aplicaría a partir del 16 de junio de 2021, es decir, que esa caducidad no podría ser aplicada en este caso, puesto que la sentencia sancionatoria se había dictado meses antes de la fecha fijada para su aplicación, es decir, el 17 de marzo del 2021. Lo anterior fue sostenido en la decisión inicialmente citada de la siguiente manera:

“Así las cosas, debido a que no se presentó una derogatoria expresa, sino consideraciones no vinculantes de otras autoridades sobre esta divergencia, este Tribunal, por decisión de Sala Plena decide adoptar dicha interpretación a en sesión número 1236 del 16 de junio de 2021. De esa forma, entendiendo que se había presentado una derogatoria tácita en voces de los artículos 71 y 72 del Código Civil, por cuanto una disposición nueva es contraria a la anterior; en el caso que nos ocupa, la remisión al Código de Procedimiento Penal de la Ley 23 de 1981 en su artículo 82, quedó tácitamente derogada por virtud del reenvío que consagra hoy en día la ley 1437 de 2011 (CPACA) en sus artículos 3 y 47 al procedimiento administrativo sancionatorio general, conforme el principio de prevalencia de la ley posterior sobre la anterior (artículos 2 y 3 de Ley 153 de 1887). Sin embargo, se determinó que en aras del principio de seguridad jurídica, solamente se comenzaría a aplicar dicha interpretación a partir del 17 de junio de 2021, en procura de la seguridad jurídica de las situaciones consolidadas. En ese orden de ideas, en el caso en concreto, resulta pertinente estudiar, primero, la oportunidad en que se interpuso la solicitud de nulidad; y, segundo, si hay lugar a declarar la prescripción en el presente asunto, en el entendido que al momento de la emisión de la decisión continuaba vigente la interpretación a favor de la aplicación del Código de Procedimiento Penal.” (Lo destacado no lo es en el texto).



Tribunal Nacional de Ética Médica
Ley 23/81 - Artículo 63

Página No.5 continuación de la providencia No. 40-2022

Esta Corporación discrepa de la consideración anterior, porque es una realidad que el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, Ley 1437 de 2011, dispone en el artículo 52 lo siguiente:

“ARTÍCULO 52. CADUCIDAD DE LA FACULTAD SANCIONATORIA. Salvo lo dispuesto en leyes especiales, la facultad que tienen las autoridades para imponer sanciones caduca a los tres (3) años de ocurrido el hecho, la conducta u omisión que pudiere ocasionarlas, término dentro del cual el acto administrativo que impone la sanción debe haber sido expedido y notificado. Dicho acto sancionatorio es diferente de los actos que resuelven los recursos, los cuales deberán ser decididos, so pena de pérdida de competencia, en un término de un (1) año contado a partir de su debida y oportuna interposición. Si los recursos no se deciden en el término fijado en esta disposición, se entenderán fallados a favor del recurrente, sin perjuicio de la responsabilidad patrimonial y disciplinaria que tal abstención genere para el funcionario encargado de resolver.

Quando se trate de un hecho o conducta continuada, este término se contará desde el día siguiente a aquel en que cesó la infracción y/o la ejecución.

La sanción decretada por acto administrativo prescribirá al cabo de cinco (5) años contados a partir de la fecha de la ejecutoria.

Lo anterior quiere decir, que si bien cuando se dictó la decisión sancionatoria, este Tribunal Nacional no había aplicado aún la derogatoria tácita de la remisión al Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, Ley 1437 de 2011, para el mes de Noviembre del mismo año, esto es, para cuando se resolvió la petición de nulidad en la primera instancia, ya se había reconocido y aplicado la remisión al CPACA y en tal medida en razón al principio de favorabilidad era imperativo reconocer la caducidad de la acción.

Es entonces una realidad, que le asiste razón a la impugnante en argumentar la caducidad de la facultad sancionatoria, por cuanto desde el 8 de septiembre de 2016, en que se presentó la última relación médico-paciente, ha transcurrido un tiempo muy superior al tiempo de caducidad establecido en la norma antes citada.

En las circunstancias anteriores, se decretará la caducidad de la acción disciplinaria, en favor del disciplinado Dr. Armando José del Valle Rodríguez.

Se le hace saber a los funcionarios del Tribunal de primera instancia, que para efectos de tramitar la segunda instancia, es imperativo que se digitalice la totalidad del proceso y se envíe de forma completa, ordenada y numerada y no como ocurrió en este caso, que solo se enviaron algunos de los documentos que lo integran, puesto que no se evidencian piezas procesales que serían necesarias para una decisión de fondo

Son suficientes las consideraciones para que el Tribunal Nacional de Ética Médica, en ejercicio de las funciones que le atribuye la Ley



Tribunal Nacional de Ética Médica
Ley 23/81 - Artículo 63

Página No.6 continuación de la providencia No. 40-2022

RESUELVA:

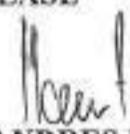
ARTÍCULO PRIMERO: DECRETAR, la caducidad de la acción disciplinaria, en el proceso adelantado contra el Dr. Armando José del Valle Rodríguez, de conformidad con lo expuesto en la parte motiva de este proveído.

ARTÍCULO SEGUNDO: Devolver el expediente al Tribunal de origen para lo de su competencia.

ARTICULO TERCERO. Contra esta providencia no procede recurso alguno.

COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE


JOSÉ SINAY ARÉVALO LÉAL
Magistrado-Presidente


DIEGO ANDRES ROSSELLI COCK
Magistrado Ponente


GERMÁN GAMARRA HERNANDEZ
Magistrado


ELIANA PATRICIA RAMÍREZ CANO
Magistrada


BERNARDO ROBLEDO RIAGA
Magistrado


EDGAR SAAVEDRA ROJAS,
Asesor Jurídico


CLAUDIA LUCÍA SEGURA ACEVEDO
Abogada – Secretaria



ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS			
Hora	Medicamento	Dosis	Via
7:45	Cefazolina	1gr	V.V.
7:45	DEXAMETASONA	8mg	V.V.
8:30	RANITIDINA	50mg	V.V.
8:40	ETORTI	20mg	V.V.
8:45	Cefazolina	1gr	V.V.
11:10	METOPROLOL	50mg	V.V.
11:10	DICLOFENACO	75mg	V.V.
11:20	ONDASETRON	4mg	V.V.
15:00	NETICENTINA	850mg	V.O.
17:30	CEFAZOLINA	1gr	V.V.
18:00	Ranitidina	50mg	V.V.
20:00	Heparidina	70mg	V.V.
22:00	Diclofenaco	75mg	V.V.
22:30	Tiazolida	0.25mg	V.V.
17:30	Cefazolina	1gr	V.V.
2:00	Ranitidina	50mg	V.V.
4:00	Heparidina	70mg	V.V.

Carolina Torres
Carolina Torres

BALANCE DE LIQUIDOS							
LIQUIDOS ADMINISTRADO							
Hora Tipo	Hora Tipo	SSN	Hora	Drenes	Vómito	Sonda Vesical	Total
	7:00	500		Hemodin			
	8:00	500	5:30 Am	80ml			
	8:30	500					
	8:40	250					
	11:10	500					
	11:35	500					
	13:00	500					
	18:00	500					
	22:00	500					
	3:00	500					



LA PRESENTE FOTOCOPIA COINCIDE EXACTAMENTE CON LA FOTOCOPIA QUE REPOSA EN EL EXPEDIENTE Y QUE TUVE A LA VISTA. EN TODAS SUS PARTES EMPLEADO RESPONSABLE
FECHA 11.0 JUL 2021

ADMISTRACION DE MEDICAMENTOS

Hora	Medicamento	Dosis	Via	Finna
7:45	Cefazolina	1gr	V.V.	CAROLINA TORRES
7:45	DEXAMETASONA	8mg	V.V.	
8:30	RANITIDINA	50mg	V.V.	
8:40	Efortil	20mg	V.V.	
8:45	Cefazolina	1gr	V.V.	
11:10	METOPROLOL	50mg	V.V.	
11:10	DICLOFENACO	75mg	V.V.	
11:20	ONDASETRON	4mg	V.V.	
15:00	METOPROLOL	50mg	V.V.	
17:30	Cefazolina	1gr	V.V.	
18:00	Ranitidina	50mg	V.V.	CAROLINA TORRES CAROLINA TORRES
20:00	Clonazepam	2mg	V.V.	
22:00	Diclofenaco	75mg	V.V.	
22:30	Piazolam	0.25mg	V.V.	
1:30	Cefazolina	1gr	V.V.	
2:00	Ranitidina	50mg	V.V.	
4:00	Clonazepam	2mg	V.V.	

BALANCE DE LIQUIDOS

LIQUIDOS ADMINISTRADO			BALANCE DE LIQUIDOS				
Hora Tipo	Hora Tipo	SSN	Hora	Drenes	Vomito	Sonda Vesical	Total
	7:00	500		Hemodinamia			
	8:00	500	6:30 Am	Bambú			
	8:30	500					
	8:40	250					
	11:10	500					
	11:35	500					
	13:50	500					
	18:00	500					
	22:00	500					
	3:00	500					



LA PRESENTE FOTOCOPIA COINCIDE EXACTAMENTE CON LA FOTOCOPIA QUE REPOSA EN EL EXPEDIENTE Y QUE TUVE A LA VISTA, EN TODAS SUS PARTES EMPLEADO RESPONSABLE

FECHA

6 DIC 2021

SALAS DE CIRUGIA
PROCEDIMIENTO CON ANESTESIA GENERAL Y/O LOCAL ASISTIDA

11

Ciruláser
andes
CLINICA DE CIRUGIA PLASTICA



Nº 5154

N.C. 1905819

FECHA 26/08/2021
EDAD 4 años

NOMBRE DEL PACIENTE: ENRIQUE RIVERA

HORA DE INICIO: 7:45

HORA DE FINALIZACION: 11:35

PROCEDIMIENTO	TIEMPO	VALOR
RECONSTRUCCION T. P. III	2 h 50'	
RECONSTRUCCION T. P. III		

CLASE DE ANESTESIA GENERAL (X) LOCAL ASISTIDA ()

EQUIPO MEDICO		ADICIONALES		
CIRUJANO	PRODUCTO	CANTIDAD	VALOR	
ANESTESIOLOGO				
INSTRUMENTADOR				
CIRCULANTE				

SALA DE RECUPERACION

A LLEGADA				
NOMBRE PACIENTE				
AUXILIAR	PRODUCTO	CANTIDAD	VALOR	
AUXILIAR				
MEDICO DE TURNO				
ENFERMERA DE TURNO				
ENFERMERA JEFE				
SALIDA	FECHA	HORA		

OBSERVACIONES



LA PRESENTE FOTOCOPIA COINCIDE EXACTAMENTE CON LA FOTOCOPIA QUE REPOSA EN EL EXPEDIENTE Y QUE TUVE A LA VISTA, EN TODAS SUS PARTES EMPLEADO RESPONSABLE

FECHA

10 6 DIC 2021

ANTECEDENTES QUIRURGICOS Y ANESTESICOS

FECHA	CRUJA	ANESTESIA	OBSERVACIONES
	<i>Reduccion</i>	<i>GA</i>	<i>Primer trimestre</i>
	<i>Desplazamiento</i>		<i>de la madre</i>

Examen	Fecha	Resultado	Examen	Fecha	Resultado	Examen	Fecha	Resultado
Hb	<i>14/08/19</i>	<i>13.8</i>	HP		<i>13"</i>	Creatinina		
Hto		<i>41</i>	TPT		<i>24"</i>	Albumina		
G. Blancos			Glicemia		<i>192</i>	SGOT		
Plaquetas		<i>307</i>	BUN			Urea nitrogenada		<i>Nada</i>

OTROS
 ECG: *Normal*
 Rx Tórax: *Nada*

CONSENTIMIENTO PARA PROCEDIMIENTO ANESTÉSICO

- Yo, *Esmeralda*, identifico con la cédula de ciudadanía No. *19065639* de _____ por la presente autorizo a los MEDICOS ANESTESIOLOGOS DE CIRULASER, a realizar en mi o en el(la) paciente _____ los Procedimientos y administrar los medicamentos que se consideren necesarios para llevar a cabo la anestesia de tipo *GA* en el procedimiento *de la descolocacion*.
- Manifiesto que he recibido y leído el escrito explicativo sobre las diferentes técnicas anestésicas que se pueden utilizar y que el(la) Dr(a) _____ me ha explicado verbalmente en forma adicional la naturaleza y propósito del procedimiento anestésico propuesto, sus posibles efectos secundarios, complicaciones y riesgos.
- Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y estas han sido contestadas satisfactoriamente.
- Entiendo que en el curso del procedimiento anestésico pueden presentarse situaciones imprevistas que requieran cambiar el procedimiento inicialmente consentido o llevar a cabo procedimientos adicionales. Por tanto autorizo la realización de estos procedimientos, si se consideran necesarios.
- Manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.
- Certifico que según mis conocimientos y capacidades, he informado al anestesiólogo acerca de todos mis antecedentes médicos, quirúrgicos y gineco-obstétricos incluyendo la posibilidad de estar embarazada, los medicamentos que tomo actualmente, así como las alergias y/o consumo de sustancias tóxicas como alcohol, cigarrillo o drogas ilícitas. Así mismo tendré en cuenta las recomendaciones de ayuno y demás relacionados con mi cuidado antes del procedimiento anestésico, entendiendo que si no las hago, mi vida o mi salud podrán verse afectadas.

Nota: cuando el paciente no tenga la capacidad legal para otorgar el consentimiento, las manifestaciones de ésta, contenidas en el presente documento, se entienden hechas por la persona responsable que lo representa, para cuyos efectos se suscribe.

Fecha *viii-23/13* _____

Nombre firma del paciente o responsable *

Esmeralda
 C.C. *19065639 Bta*

Nombre y firma del testigo

Nombre y firma del anestesiólogo *

C.C.

[Firma]
 C.C. *19128658*

*Firmar solo si firma una persona que ha sido el paciente.



LA PRESENTE FOTOCOPIA COINCIDE EXACTAMENTE CON LA FOTOCOPIA QUE REPOSA EN EL EXPEDIENTE Y QUE TUVE A LA VISTA, EN TODAS SUS PARTES EMPLEADO RESPONSABLE
 FECHA *0-6 DIC 2021*

12

Cirulaser
andes



FECHA: 8/23/13

NOMBRE DEL PACIENTE: Enrique Rivera

Nº C.C.T.I.C.E.: 19065639 Hora: _____

1. Por medio de la presente constancia, En pleno y normal uso de mis facultades, otorgo en forma libre consentimiento al doctor Dr. Delucchi médico libremente escogido por mí, para que en ejercicio legal de su profesión y con el concurso de otros profesionales de la salud que llegarán a requerirse así como el personal auxiliar de servicios asistenciales que se hagan necesarios para que se me practique la siguiente intervención: Septo + Propiedades supratentorial + menbrua

2. Mi médico queda igualmente facultado para llevar a cabo la práctica de conductas o procedimientos médicos adicionales a los ya autorizados en el punto 1 si en el curso de la intervención quirúrgica o del procedimiento llegara a presentarse una situación, advertida o imprevista, que a juicio del Médico tratante los crea aconsejables.

3. El consentimiento y autorización que anteceden, han sido otorgados previa el examen que me ha practicado el Médico autorizado, con el objeto de identificar mi estado de salud o enfermedad, y previa advertencia que el mismo me ha hecho sobre los riesgos previstos para la intervención o procedimiento que requiero, en los términos con los cuales los ha consignado en la historia Clínica, declaro que he recibido amplias explicaciones sobre su alcance, por parte del citado profesional.

4. Igualmente otorgo mi consentimiento para que la anestesia que requiera sea aplicada por parte de un Médico anestesiólogo seleccionado por la clínica y aprobado por el Médico tratante y autorizado a su vez para autorizar el tipo de anestesia que considere más aconsejables de acuerdo con mi condición clínica como paciente y el tipo de intervención que requiera, he sido advertido por el Dr. (a) [Signature] sobre los riesgos que para mi caso conlleva la aplicación de anestesia, de conformidad con la constancia que figura en la Historia Clínica y he recibido satisfactorias explicaciones al respecto por parte del mencionado profesional.

5. Mi Médico tratante queda autorizado para ordenar la disposición final de los componentes anatómicos que sean realizados en mi cuerpo, previa toma de muestras o partes adecuadas con destino a exámenes anatomopatológicos cuya práctica solicito a mi costo, si ello fuere necesario.

6. Declaro que he sido advertido por el médico autorizado en el sentido que la práctica de la intervención o un procedimiento que requiero compromete una actividad médica de medio y por ésta razón no se me puede garantizar los resultados.

7. Certifico que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad y que he tenido la oportunidad de recibir explicaciones satisfactorias por parte de mi Médico con respecto a los riesgos por el advertidos y al contenido de este consentimiento.

NOTA: Cuando el paciente no tenga capacidad legal para otorgar el consentimiento, me manifiesto haber de este contenido en el presente documento; se entienden hechos por la persona responsable que lo representa y en relación con el paciente correspondiente, para cuyos efectos se autoriza.

[Signature]

Firma del responsable del paciente

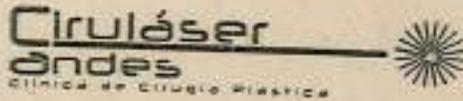


LA PRESENTE FOTOCOPIA COINCIDE EXACTAMENTE CON LA FOTOCOPIA QUE REPOSA EN EL EXPEDIENTE Y QUE TUVE A LA VISTA, EN TODAS SUS PARTES EMPLEADO RESPONSABLE

FEGHA

06 DIC 2021

SALAS DE CIRUGÍA
 PROCEDIMIENTO CON ANESTESIA GENERAL Y/O LOCAL ASISTIDA 13



Nº 5154
 FECHA 26/12/20
 EDAD 64 años

R.C. 19065619

NOMBRE DEL PACIENTE ENRIQUE RIVERA

HORA DE INICIO 7:45 HORA DE FINALIZACIÓN 11:35

PROCEDIMIENTO	TIEMPO	VALOR
RECONSTRUCCIÓN DE LA PIEL DEL CAVO EN LA CABEZA	3h 50'	

CLASE DE ANESTESIA GENERAL (X) LOCAL ASISTIDA ()

CIRUJANO	EQUIPO MEDICO	ADICIONALES		
		PRODUCTO	CANTIDAD	VALOR
ANESTESIOLOGO	Dr. RIVERA	midazolam 1mg/ml	1	
INSTRUMENTADOR	DALE	Arachid 1/8	1	
CIRCULANTE	CAPIVA			

SALA DE RECUPERACION

PRODUCTO	CANTIDAD	VALOR

OBSERVACIONES



LA PRESENTE FOTOCOPIA COINCIDE EXACTAMENTE CON LA FOTOCOPIA QUE REPOSA EN EL EXPEDIENTE Y QUE TUVE A LA VISTA, EN TODAS SUS PARTES EMPLEADO RESPONSABLE
 FECHA 06 DIC 2021

Nombre: Enrique Rivera Fecha: 8/23/13Edad: 64 Teléfonos: 3017809131

Cirugía que se va a realizar: _____

Conteste sí o no a las siguientes preguntas:

1 - Alérgicos

Penicilina	SI	NO	Sulfas	SI	NO
Aspirina Codeína	SI	NO	Dolox	SI	NO
Antiinflamatoria	SI	NO	Anestésico	SI	NO
Medio Ambiente	SI	NO	Alimentos	SI	NO

Otros cuáles? _____

2 - Operaciones cuáles? Picena Dr

3 - Obstétricos si es mujer

Hijos _____ Partos _____ Cesáreas _____ Legrados _____ Planificación _____

Fecha de última menstruación _____

4 - Fuma	SI	NO
5 - Alcohol	SI	NO
6 - Asma	SI	NO
7 - Diabetes	SI	NO
8 - Presión Arterial		
Baja	SI	NO
Alta	SI	NO
9 - Hepatitis	SI	NO
10 - Tiroide	SI	NO
11 - Dolor de Cabeza	SI	NO
12 - Trombosis	SI	NO
13 - Convulsiones	SI	NO
14 - Neumonía	SI	NO
15 - Tuberculosis	SI	NO
16 - Angina	SI	NO
17 - Palpitaciones	SI	NO
18 - Infarto	SI	NO
19 - Edema en pies	SI	NO
20 - Ahogo o dificultad respiratoria	SI	NO
21 - Sangrado fácil	SI	NO
22 - Menstruación abundante	SI	NO
23 - Morados fácil	SI	NO



LA PRESENTE FOTOCOPIA COINCIDE
 EXACTAMENTE CON LA FOTOCOPIA
 QUE REPOSA EN EL EXPEDIENTE Y QUE
 TUVE A LA VISTA EN TODAS SUS PARTES
 EMPLEADO RESPONSABLE
 FECH 06 DIC 2021

24 - Problemas con otras anestésicas diga cuáles _____

25 - Medicamentos que esté tomando. Diga cuáles inclusive vitaminas, hormonas, etc.

MEMORTINA LOCALOP. VITAMINAS D

- 26 - Gastritis SI _____ NO
- 27 - Constipación SI _____ NO
- 28 - Prótesis Dental SI NO
- 29 - Colesterol SI _____ NO

30 - Prefiere o rechaza algún tipo de anestesia. Diga cuál. _____

31 - Pertenece a alguna religión que impida la utilización de componentes sanguíneos?

SI _____ NO

32 - Alguna enfermedad no encuestada. Enumérela _____

33 - Se ha practicado mesoterapia alguna vez? SI _____ NO _____

34 - Ha hecho un tratamiento o dieta adelgazante en los últimos 3 meses o actualmente?

SI _____ NO

35 - Alguno o algunos antecedentes familiares importantes como:

- | | | | | | |
|-----------|--|--|------------------------|----------|--|
| Hemofilia | SI _____ | NO <input checked="" type="checkbox"/> | Infarto Cardíaco | SI _____ | NO <input checked="" type="checkbox"/> |
| Diabetes | SI <input checked="" type="checkbox"/> | NO _____ | Porfiria | SI _____ | NO <input checked="" type="checkbox"/> |
| Miastenia | SI _____ | NO <input checked="" type="checkbox"/> | Hipertermia maligno | SI _____ | NO <input checked="" type="checkbox"/> |
| | | | Alergia a la anestesia | SI _____ | NO <input checked="" type="checkbox"/> |

La razón de esta serie de preguntas es poder optimizar y garantizar al máximo su seguridad durante su cirugía, una o varias respuestas afirmativas no impiden en la mayoría de las veces su cirugía, pero si nos permite adecuar nuestras técnicas anestésico-quirúrgicas a sus necesidades, con el fin de minimizar al máximo su riesgo.

Posteriormente a esta encuesta usted tendrá una consulta preanestésica con el especialista en la cual podrán aclarar todas las dudas que se tengan. Gracias

Domingo Ruiz
Firma paciente.

Revisado anesthesiologo.

L. Lopez



LA PRESENTE FOTOCOPIA COINCIDE EXACTAMENTE CON LA FOTOCOPIA QUE REPOSA EN EL EXPEDIENTE Y QUE TUVE A LA VISTA, EN TODAS SUS PARTES EMPLEADO RESPONSABLE
FECHA
06 DIC 2021

CIRULASER ANDES

HISTORIA MEDICA
No. 3575 25-mar-16 Dr. Armando Del Valle Sala 1

Paciente: Enrique Ernesto Rivera Cardenas	Identificación: OC 19066639	16
F.nacimiento: 07-dic-48 Edad: 68 años Sexo: M Estado civil: Soltero(a)		
Dirección: Carrera 75 b Banderas	Ciudad: BOGOTA	
Tel: 3162066708	Celular: 3162069708 Email:	
Responsable:	Parentesco:	Tel:
Entidad:	Ocupación: Comerciante	
Procedimientos	Anestesia: General	
Farmacología		
Cola de Cajas		

DESCRIPCIÓN QUIRÚRGICA:

[Handwritten diagonal line through the section]

ORDENES MÉDICAS:

[Handwritten diagonal line through the section]

EPICRISIS:

El paciente decide no operarse y cancelar la cirugía. Se da de alta

A. de...
245777
06/19/167205

CIRUJANO	ANESTESIOLOGO	INSTRUMENTADOR	CIRUJANTE
----------	---------------	----------------	-----------



PRESENTE FOTOCOPIA COINCIDE EXACTAMENTE CON LA FOTOCOPIA DE REPUJA EN EL EXPEDIENTE Y QUE TUVE A LA VISTA, EN TODAS SUS PARTES EMPLEADO RESPONSABLE

FECHA 06 DIC 2021

Nombre Enrique Rivera C.C. # 19065637
Ratifico que he leído las recomendaciones entregadas por la clínica Cirúlsar y acepto los términos
Firma: [Firma manuscrita]
Fecha: 22-03-2016



LA PRESENTE FOTOCOPIA COINCIDE EXACTAMENTE CON LA FOTOCOPIA QUE REPOSA EN EL EXPEDIENTE Y QUE TUVÉ A LA VISTA, EN TODAS SUS PARTES EMPLEADO RESPONSABLE
FECH 06 Dic

Aportes en *lifting* facial masculino: diseño de las incisiones de abordaje

Contributions in male facelift: design of the approach incisions

Raúl López Bandera¹, Andrea Laura Pellón²

RESUMEN

Si bien la cirugía del envejecimiento facial es uno de los procedimientos estéticos más frecuentes en la actualidad, tanto en varones como en mujeres, el *lifting* facial en los pacientes de sexo masculino requiere especial atención, debido a diversos factores en los cuales difiere del mismo procedimiento en pacientes femeninas, como el uso de cabello corto, la presencia de barba y patillas, la calvicie, etc, así como el mayor celo de su intimidad y la reserva en los varones. Por lo tanto es de primordial importancia preservar la naturalidad. El propósito de este trabajo es presentar el diseño personal de las incisiones de abordaje para el *lifting* facial en pacientes de sexo masculino, y evaluar los resultados obtenidos.

Palabras claves: *lifting* masculino, incisiones, abordaje.

ABSTRACT

Although surgery of the ageing face is one of the most frequent aesthetic procedure nowadays, both on male and female patients, face lift on the male patient requires special attention, due to different aspects that make this procedure different from female patients, such as short hair, the presence of beard and sideburns, baldness, etc., and greater privacy zeal in male patients. Thus naturalness is of paramount importance. The purpose of this article is to present our personal design in the approach of face lift on male patients, and evaluate the results achieved.

Key words: *male face lift, incisions, approach.*

REVISTA ARGENTINA DE CIRUGÍA PLÁSTICA 2020;26(1):17-22. [HTTPS://DOI.ORG/10.32825/RACP/202001/0017-0022](https://doi.org/10.32825/RACP/202001/0017-0022)

INTRODUCCIÓN

La cirugía del envejecimiento facial es uno de los procedimientos estéticos más frecuentes en la actualidad, y si bien en sus comienzos era casi exclusivamente requerida en pacientes de sexo femenino, hoy en día es demandada por pacientes de ambos sexos.

La historia de estas cirugías ha sido revisada por autores como Rogers, González Ulloa, Rees, Wood-Smith y Barton. Todavía existen dudas sobre quién fue el primero en practicar un *lifting*, ya que los cirujanos que las realizaban eran muy reticentes a exponer las técnicas que empleaban, en parte debido a que era una cirugía considerada “de la vanidad”, y en parte por celo profesional.

Los primeros datos registrados datan de comienzos del siglo XX, con las cirugías descritas por Joseph, Hollander, Lexer y Noèl, y consistían esencialmente en la extirpación de fragmentos elípticos de piel facial en los pliegues naturales, en la línea de im-

plantación pilosa, la frente y las regiones auricular y temporal, con la finalidad de estirar la piel y mitigar la caída de las mejillas y la presencia de arrugas. Uno de los primeros tratados sobre el tema fue la obra de la cirujana francesa Mme. S. Noèl, quien describió con detalles las técnicas empleadas.

Bettman, en 1920, fue el primero en describir una incisión continua temporal, preauricular, posauricular y mastoidea, que es la empleada en la actualidad, con algunas modificaciones¹.

El motivo de esta publicación es mostrar una contribución personal en el diseño de las incisiones de abordaje en la técnica quirúrgica del *lifting* facial en pacientes masculinos, y evaluar los resultados obtenidos.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo sobre 135 pacientes de sexo masculino, con edades comprendidas entre los 40 y los 80 años y un promedio de 63 años, los cuales presentaban signos de envejecimiento facial, todos ellos operados entre los años 1994 y 2019, en la práctica privada, con incisiones de diseño propio.

Los resultados fueron evaluados acerca del aspecto estético final por tres colegas especialistas en forma independiente, con una escala de 1 a 5, en la que 1 es malo, 2 regular, 3 bueno, 4 muy bueno y 5 excelente. La misma evaluación se solicitó a los pacientes.

1. Médico Cirujano Plástico, miembro titular de SCPNEA y SACPER. lopezflag@hotmail.com

2. Médica Cirujana Plástica, miembro titular de SCPBA. andreapellon@yahoo.com.ar

✉ Correspondencia: lopezflag@hotmail.com; andreapellon@yahoo.com.ar



Figura 1. Incisión frontal: marcación (izq) y posoperatorio (der).



Figura 3. Incisión frontal: posoperatorio alejado.

TÉCNICA QUIRÚRGICA

Existen varios factores a tener en cuenta en el *lifting* facial en el hombre que lo diferencian del mismo procedimiento en pacientes de sexo femenino. En primer lugar mencionaremos el uso de cabello más corto en los varones que en las mujeres, además de la presencia de patillas y la eventual calvicie de diferentes grados. A esto se agrega la escasa posibilidad de disimular dichas cicatrices con maquillaje, lo cual obliga a ser muy precisos en la localización y calidad de dichas cicatrices. También hay que tener en cuenta la presencia de barba, que requiere especial cuidado en las zonas del trago y preauricular. Observamos también que en general los hombres suelen ser mucho más reservados y celosos de su intimidad que las mujeres en lo que respecta a la cirugía y que son menos proclives a hacer comentarios sobre ella, por lo cual la naturalidad es de primordial importancia. Además, los varones suelen ser expuestos a mayor escrutinio cuando se detectan alteraciones faciales²⁻⁵.

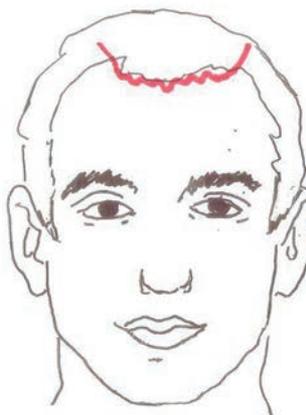


Figura 2. Esquema de incisión frontal.

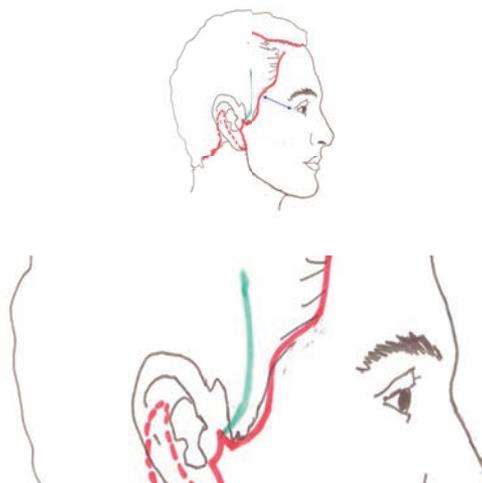


Figura 4. Incisión temporal: esquema.

Con el fin de conservar el aspecto natural del rostro masculino, diseñamos las incisiones de abordaje que se detallan a continuación

- **Incisión frontal.** Esta incisión tiene la finalidad de preservar las características propias de esta zona en los pacientes varones, como la frente más ancha y la menor densidad capilar, con o sin presencia de entradas; se practica una incisión que sigue en la porción central la línea de implantación pilosa normal del paciente, con un trazo de forma irregular, sin unirse con las incisiones restantes. La cicatriz resultante es menos visible, ya que no presenta un trazo lineal. Al compensar el colgajo a la altura de la cola de las cejas pueden disminuirse, y hasta eventualmente desaparecer, las entradas⁶ (Figuras 1 a 3).
- **Incisión temporal.** Se toma como parámetro la distancia diagonal entre el canto externo y la lí-



Figura 5. La incisión temporal asciende en forma de S itálica.



Figura 9. Marcación de la incisión preauricular.

nea de implantación pilosa para el diseño de la incisión en esta zona. Si la distancia es mayor a 4 cm, utilizamos el abordaje precapilar a fin de evitar aumentar dicha distancia, lo cual daría un aspecto de mayor edad al paciente. Si, por el contrario, la distancia es menor a los 4 cm, preferimos el abordaje intracapilar, con una incisión que asciende desde 3 mm por debajo de la patilla hacia la región temporal, con diseño en forma de S itálica.

En este punto es importante evitar que la patilla ascienda por sobre la raíz del hélix, detalle que también da apariencia de mayor edad⁷ (Figuras 4 a 8).



Figura 6. Marcación.



Figura 7. Incisión temporal prepilosa: preoperatorio (izquierda) y posoperatorio (derecha).



Figura 8. Incisión temporal intrapilosa: preoperatorio (izquierda) y posoperatorio (derecha).



Figura 10. Incisión preauricular: intraop.

- **Incisión preauricular.** La localizamos pretragal en pacientes con mucha barba e intratragal en pacientes con barba más escasa, agregando en este último caso la cauterización de folículos pilosos. En ambos casos se despegga el trago, para conservar la depresión pretragal. Es de vital importancia la preservación de las subunidades estéticas para lograr un resultado natural:



Figura 11. Abordaje pretragal.



Figura 12. Abordaje intratragal



Figura 13. Abordaje pretragal: preoperatorio (izquierda) y posoperatorio (derecha).



Figura 14. Abordaje intratragal: preoperatorio (izquierda) y posoperatorio (derecha).



Figura 15. Incisión retroauricular.



Figura 16. Incisión retroauricular: posoperatorio.

- . Ancho del hélix.
- . Depresión pretragal.
- . Altura del trago.
- . Escotadura superior e inferior del trago.
- . Unión del lóbulo auricular con la mejilla.

El diseño de la incisión preauricular debe respetar las subunidades precedentes.

En el abordaje pretragal, el diseño de la incisión es bilobulado (Figuras 9 a 14).

- **Incisión retroauricular.** Preferimos ubicarla en el hueco auricular mastoideo. Para disimular la cicatriz, se asciende por encima del nivel de la proyección del trago. Si bien de esta forma se dificulta la compensación del colgajo, el resultado estético es superior, ya



Figura 17. Incisión occipital.



Figura 18. Incisión occipital intrapilosa (izquierda) y precapilar (derecha).

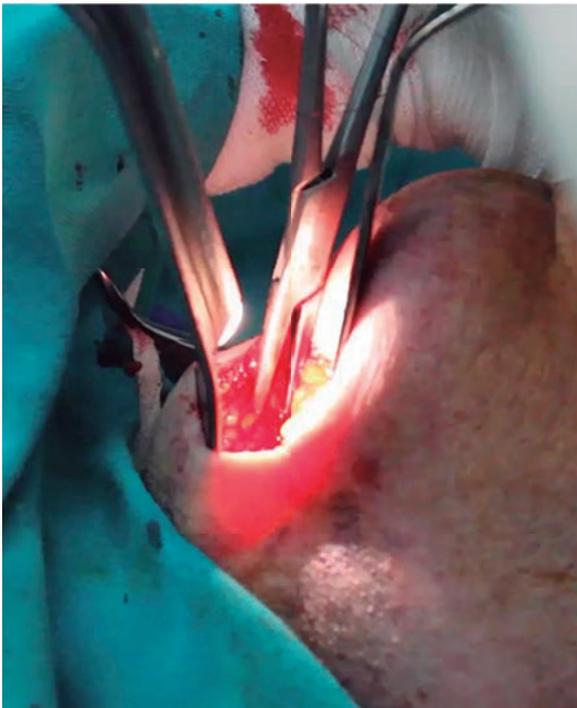


Figura 20. Incisión submentoniana: intraoperatorio.

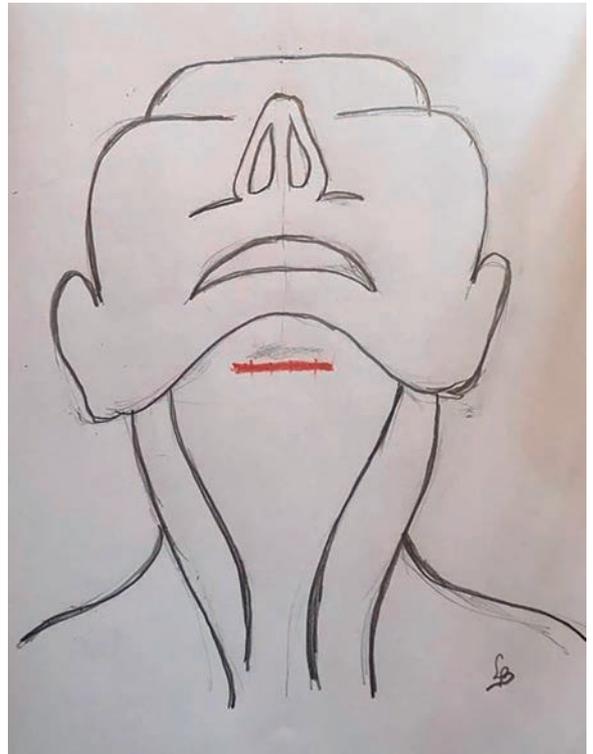


Figura 19. Incisión submentoniana: marcación.



Figura 21. Incisión submentoniana: pre- (iza) y posquirúrgico (der).

que disminuye la percepción de la cicatriz (Figuras 15 y 16).

- **Incisión occipital.** En esta zona, es fundamental preservar la normalidad de la línea capilar, asegurándose que ésta no ascienda. Si la implantación pilosa es alta, la incisión es

precapilar. En cambio, si la implantación es normal o baja, la incisión es intrapilosa (Figuras 17 y 18).

- **Incisión submentoniana.** Se localiza 1 a 2 cm por detrás del surco, con una longitud de la misma de aproximadamente 2,5 cm (Figuras 19 a 21).

RESULTADOS

Las imágenes (Figuras 1 a 21) muestran el diseño propio de las incisiones, y corresponden a fotografías pre- y posoperatorias.

Los tres profesionales consultados dieron los siguientes resultados:

- El 90% (122 pacientes) de 3 a 5 (bueno, muy bueno y excelente).
- El 9,3% (12 pacientes) 2 (regular).
- El 0,7% (1 paciente) malo (por cicatriz queloide).

Entre los pacientes, los resultados fueron los siguientes:

- El 97,7% (131 pacientes) describieron resultados 4 y 5 (muy bueno y excelente).
- El 1,9% (4 pacientes) 2 y 3 (regular y bueno).
- El 0,4% (1 paciente) 1 (malo).

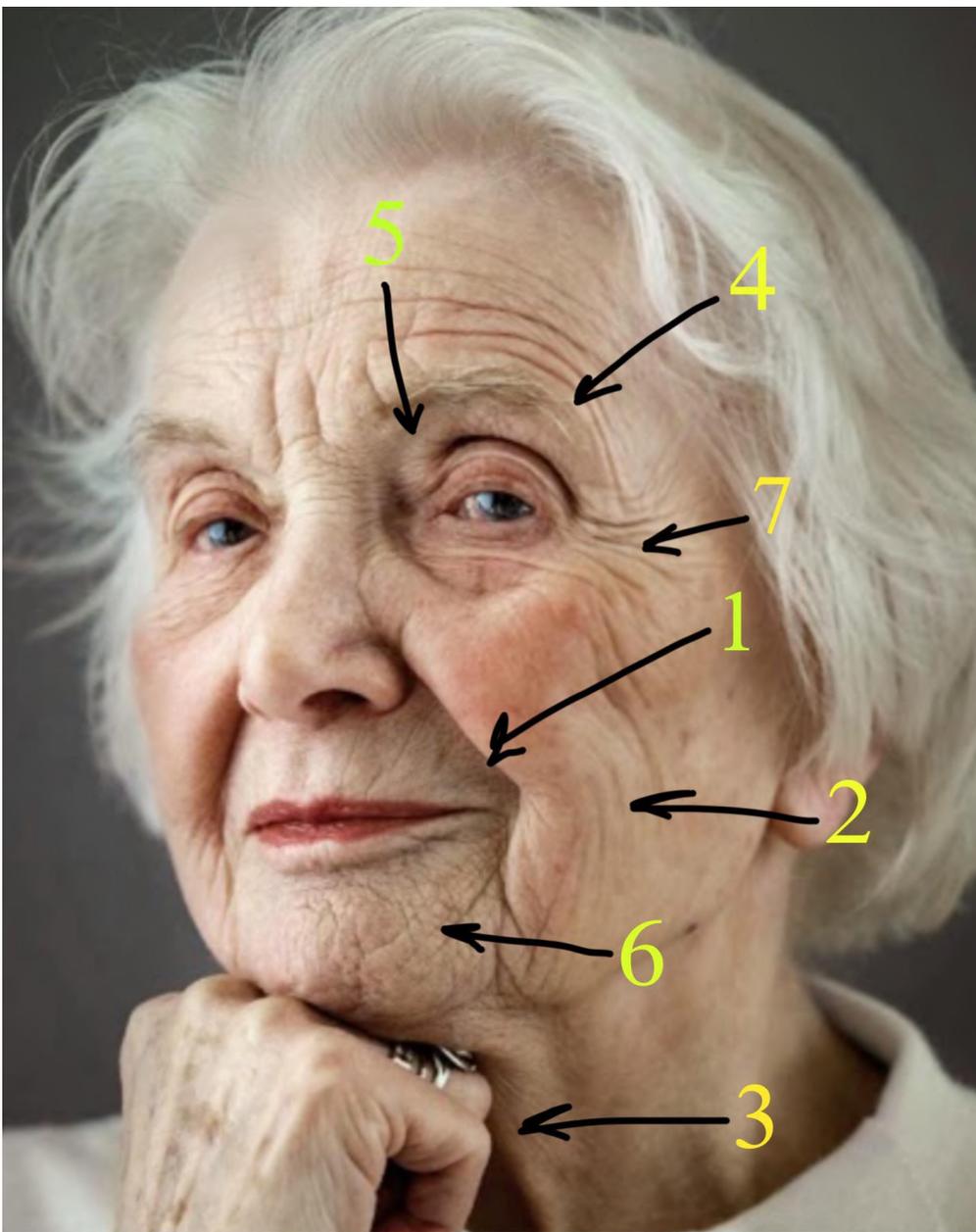
CONCLUSIONES

El empleo de este diseño para las incisiones de abordaje en el *lifting* facial en pacientes masculinos permite obtener resultados naturales y estéticamente satisfactorios, con cicatrices muy poco perceptibles, cuyo diseño está directamente relacionado en cada paciente con la implantación pilosa y la cantidad y calidad de su barba⁸.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Rogers BO. Breve Historia de la Cirugía Estética. *Clínicas Quirúrgicas de Norteamérica* 1971;265-87.
2. Connell BF, Sundine MJ. *Aesthetic Rejuvenation of the Face and Neck*. Thieme Medical Publishers Inc 2016;93-101.
3. Baker TJ, Gordon TJ. *Rhytidectomy in Males*. *Plastic Reconstructive Surgery* 1969;44:219.
4. Webster RC, Fanous N, Smith RC. *Male and Female Face-Lift Incisions*. *Arch Otolaryngology* 1982;108(5):299-302
5. Little AC, Jones BC, Penton-Voak IS, Burt DM, Perret DI. *Partnership Status and Temporal Context of Relationships Influence Human Female Preferences for Sexual Dimorphism in Male Face Shape*. *Proc Biol Sci* 2002;269:1095-100.
6. Rohrich RJ, Stuzin JM, Ramanadham S. *The Modern Male Rhytidectomy: Lessons Learned*. *Plastic and Reconstructive Surgery* 2017;139(2):295-307.
7. Guyuron B, Watkins F, Totonchi A. *Modified Temporal Incisions for Facial Rhytidectomy: an 18 Year Experience*. *Plastic and Reconstructive Surgery*. 115(2): 609-616.
8. Parsa KM, Gao W, Lally J, Davison SP, Reilly MJ. *Evaluation of Personality Perception in Men Before and After Facial Cosmetic Surgery*. *JAMA Facial Plastic Surgery* 2019; 463-480

RITIDOPLASTIA
RITIDECTOMIA
LIFTING FACIAL
CIRUGIA DE ENVEJECIMIENTO FACIAL



- 1.- surco profundo nasogeniano
- 2.- las mejillas descienden
- 3.- la piel del cuello cuelga (Cuello de pavo, descenso glándula submandibular)
- 4.- se marcan los rebordes óseos
- 5.- aparición de bolsas en los párpados
- 6.- arrugas en la piel
- 7.- patas de gallina

IMAGEN TOMADA EN
[http://www.cirugiaesteticadrcastillo.com/index.php?
leng=es&nombremodulo=liftingfacial-ritidoplastia-arrugas-veje](http://www.cirugiaesteticadrcastillo.com/index.php?leng=es&nombremodulo=liftingfacial-ritidoplastia-arrugas-veje)

Ptosis glándula submandibular

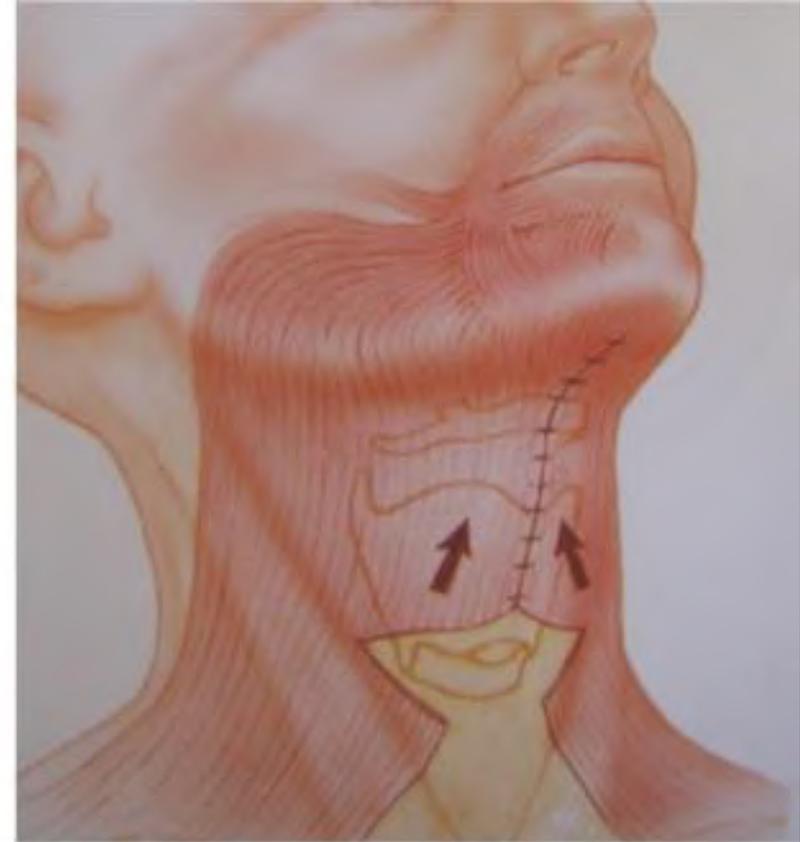


Imagen tomada en Jacobosvsky, L. (2004). Cirugía del envejecimiento facial. Rev. Méd. Clín. Condes, 15(1), 20-27.

Incisiones



Incision line



SMAS



Stitches

Imagen tomada en <https://www.kamolhospital.com/es/service/face-lift/>

Cirugía en mejillas

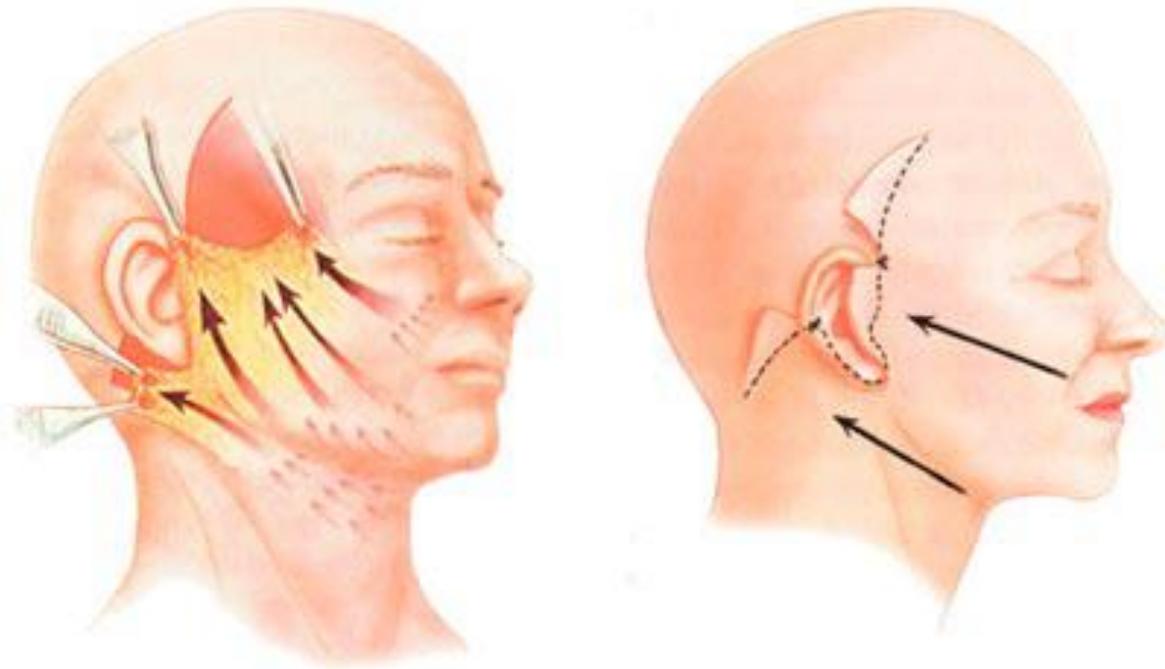


Imagen tomada en
<https://nurkimcirurgioplastica.com.br/lifting-facial-ritidoplastia/>

- Cirugía en mejillas (plicatura de SMAS)
- Resección de piel redundante

Ritidoplastia

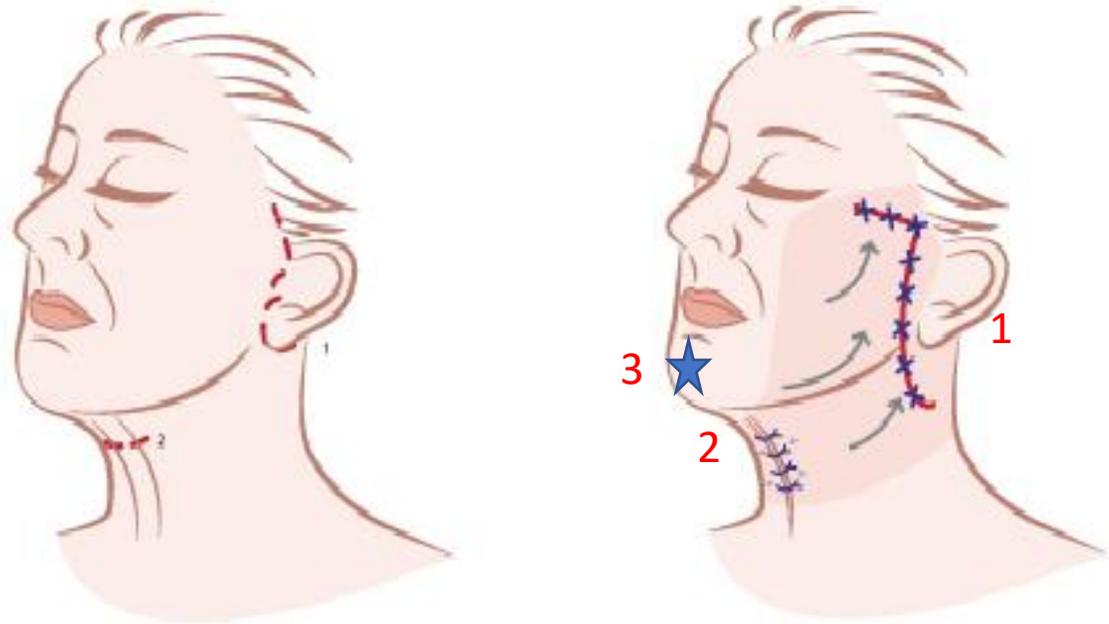
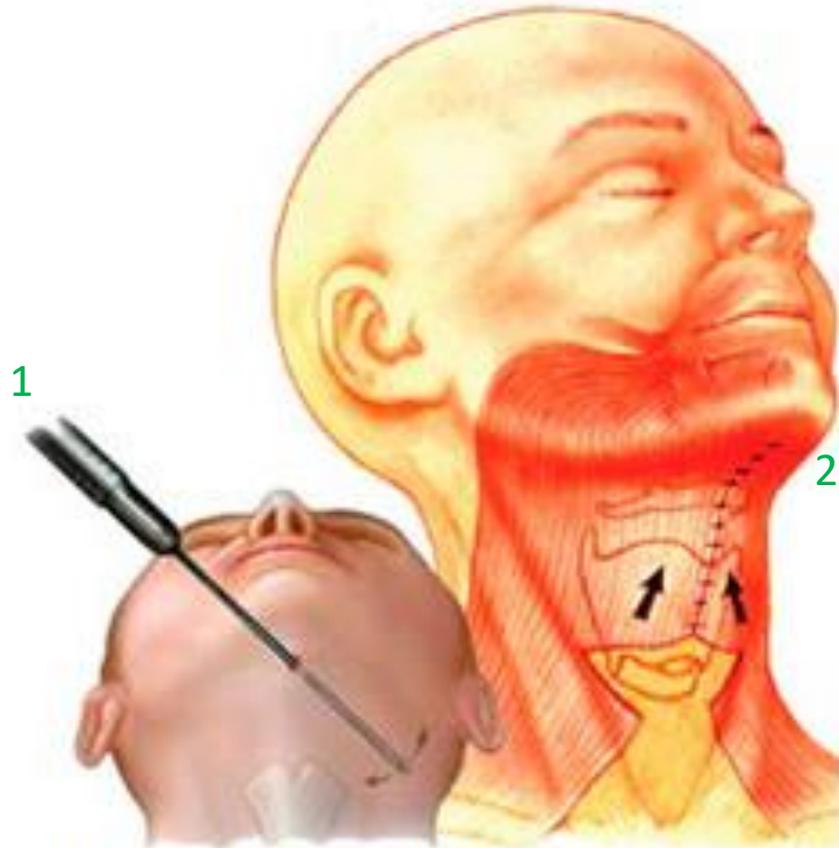


Imagen tomada en <https://www.kamolhospital.com/es/service/face-lift/>

- 1. Cirugía en mejillas y pómulos
- 2. Cirugía cervical (plicatura de platisma)
- Injerto graso en mentón

Cervicoplastia



- 1. Liposucción acúmulos grasos submentonianos
- 2. Plicatura del platisma

<https://nurkimcirurgioplastica.com.br/lifting-de-pescoco-cervicoplastia/>

Ritidoplastia: sutura del sistema SMAS-Platisma e importancia de la filosofía de la naturalidad

RithydoPlasty: SMAS-Platisma suture and the importance of naturality concept



Goulart Jr., R.

Goulart Jr., R.*, Scipioni, A.P.*

Resumen

La ritidoplastia ha pasado por incontables cambios técnicos en relación a los colgajos cutáneos o a los musculares involucrados en el procedimiento. Inicialmente solo se realizaba la tracción de la piel con resultados muy variables; con el tiempo y con un mejor conocimiento de la anatomía facial, los resultados han evolucionado hasta la estandarización de la tracción de las estructuras faciales que en la actualidad es mucho más muscular, realizando sobre la piel solamente el ajuste de la cobertura al nuevo contorno facial.

El objetivo de este artículo es demostrar la eficacia de la sutura simple del sistema SMAS-Platisma y la importancia de considerar una filosofía de la naturalidad que será la base de una técnica moderna de ritidoplastia.

Revisamos un total de 617 pacientes, todas de sexo femenino, que se sometieron a ritidoplastia simple o combinada con otras cirugías en el periodo comprendido entre enero de 1992 a diciembre del 2010. La edad osciló entre los 37 y 75 años. Las cirugías combinadas incluyeron: reducción mamaria, mastopexia, abdominoplastia, implantes mamarios, cirugía de los párpados, rinoplastia, liposucción, cirugía vascular y cirugías ginecológicas. El número de pacientes en las que solo se realizó la ritidoplastia fue 326.

Los índices de complicaciones estuvieron entre el 0,16% y 1,13% con relación a cada complicación estudiada, siendo el total del 4,03%.

El estudio retrospectivo mostró la eficiencia de la sutura simple del sistema SMAS-Platisma y los resultados naturales que se pueden obtener incluso con las cirugías combinadas. Todas las pacientes quedaron satisfechas con los resultados y consideramos que los índices de complicaciones estuvieron en niveles aceptables.

A nuestro juicio, la ritidoplastia, por encima de otras cirugías estéticas, necesita de una rutina técnica eficiente y de un concepto filosófico basado en la más pura naturalidad, que necesita ser independiente de las modas, de las exigencias de la industria y de la mente insatisfecha de las pacientes. Es muy importante que los cirujanos plásticos sean firmes y conduzcan la cirugía con el único propósito de obtener un resultado natural.

Palabras clave Ritidoplastia, Estiramiento facial, Cirugía de la cara, SMAS, Platisma.

Código numérico 26-260

Abstract

RithydoPlasty has been done with standards and new procedures for the last years with great changes in its results. In the beginning, only the skin strength was done with poor results. With a better knowledge about facial anatomy the results has gotten better and changed with a major standards and strengths are done over the muscular framework. The skin, now, only has the cover function over the new facial contouring.

The purpose in this paper, is to show the efficiency of SMAS-Platisma suture and the importance of a natural philosophy that it be the basis over a modern rithydoPlasty technique.

A total of 617 patients underwent rithydoPlasty, all of them female. The surgeries were either alone or combined with additional surgery, between January 1992 and December 2010. The age ranged between 37 and 75 years old.

Combined surgeries included: breast reduction, mastopexy, abdominoplasty, breast implant, blepharoplasty, rhinoplasty, lipoplasty, vascular surgery, hysterectomy and other gynecology surgeries.

Three hundred twenty six patients underwent rithydoPlasties alone. Complication rates were between 0,16% to 1,13% according each complication founded and 4,03% in total.

This review showed the efficiency of a SMAS-Platisma suture and the importance of philosophy of naturality that should be the basis over the technique and the natural results that can be achieved even with combined surgeries. All the patients were satisfied with the outcomes and the post- operatory complications were in acceptable levels.

In our opinion, rithydoPlasty beyond the other aesthetic surgeries, needs a philosophical concept based over the most pure naturality that also needs to be independent from de fashion, the demands from de industry and from the unsatisfied minds of the patients.

It is very important that the plastic surgeons have strong routines and guide de procedure with the only purpose to obtain a natural result.

Key words Rhytidoplasty, Face lifting, Facial surgery, SMAS, Platysma.

Numeral Code 26-260

* Especialista en Cirugía Plástica y Estética.
Práctica privada. Florianópolis, Brasil.

Introducción

La cirugía facial se ha desarrollado desde la década de los 50, cuando este tipo de cirugía estética empezó a realizarse a mayor escala, aparecieron patrones de técnica quirúrgica y publicaciones al respecto (1). Al principio este tipo de cirugía se realizaba con poco despegamiento de la piel y tracción exclusivamente cutánea. En la década de los 70 con Mitz y Peyronie apareció una gran evolución tras el descubrimiento del SMAS y la posibilidad real de que las fuerzas de tracción fueran aplicadas sobre los músculos de este sistema más que sobre la piel (2).

Las cirugías de ritidoplastia cambiaron y la posibilidad de obtener una mayor naturalidad y duración de los resultados entusiasmó a todos los cirujanos. Si hoy disponemos de un mejor conocimiento de la anatomía de la cara y una profundización de los límites de la cirugía facial es gracias a estos estudios y a esos cirujanos pioneros (1, 2).

A pesar del descubrimiento del SMAS y de todo el conocimiento anatómico y tecnológico obtenido tras todos estos años, aún seguimos observando resultados demasiado artificiales, en ocasiones hasta desfigurantes de la cara, o resultados de poca duración y significado tras mínimas cirugías faciales. El problema está en la falta de un concepto filosófico que sea la base de la técnica de ritidoplastia.

En toda actividad humana existe siempre una idea que origina un concepto que se pone a prueba científicamente. En la cirugía de ritidoplastia esto no es diferente. El cirujano que desea hacer una buena cirugía estética de la cara, con máximo respeto al paciente y a su identidad facial, tiene por obligación elegir una filosofía que sea la base de sus acciones, desde el diagnóstico hasta el resultado final de la cirugía. Los resultados artificiales que encontramos por todo el mundo son debidos a la falta de este sentido filosófico, lo que obliga al cirujano a buscar en la ilusión de la tracción excesiva de la piel una respuesta para el inevitable envejecimiento del ser humano (3).

Lo que proponemos en este artículo es un concepto de naturalidad absoluta, sin espacio para cualquier duda o miedo en su aplicación (4) (Fig. 1). El concepto de naturalidad en la Cirugía Plástica y Estética, y en especial en la cirugía de la cara, es una obligación para todos los cirujanos que deseen realizar esta intervención en un nivel superior y que respeten la identidad e integridad del ser humano; debe estar presente en todas sus cirugías como una disciplina que se reforzará con la práctica.

La naturalidad e individualidad de cada paciente está por encima de las modas, de la industria, de los conceptos artificiales y empobrecidos de belleza que unos individuos imponen a otros sin tener la más remota idea de lo que es verdaderamente la belleza natural del ser humano. (Fig. 2). De esta forma, el resultado de la cirugía mantendrá absolutamente todas las características anatómicas originales de la cara, todas las características del

grupo etario del paciente, todas sus características individuales que le hacen un ser único y no una cara más operada y deformada en nombre de la técnica (3-6) (Fig. 3).

La tracción excesiva o exclusiva sobre la piel y la falta total de un concepto estético de naturalidad hacen que muchos cirujanos entiendan la cirugía facial como una simple cirugía de tracción máxima y de rejuvenecimiento máximo, lo que conlleva unos resultados sin significado personal para el paciente (7).

Lo más importante es entender que, especialmente en el caso de la cirugía de la cara, se busca una juventud moderada, el mínimo posible de tracción, el total mantenimiento de las características originales del paciente y por lo tanto, no se debe tener miedo a las arrugas (3-7). No hay que ceder ante el clamor del estiramiento absoluto o de la búsqueda de la juventud absoluta y con ello, de los malos resultados. En la ritidoplastia hay que imponer la condición de médico por encima de la condición de cirujano plástico y explicar con claridad a los pacientes todos los detalles y la importancia de un resultado natural sobre un resultado artificial impuesto por una sociedad que ha perdido los parámetros de naturalidad e incluso del sentido común.

En este sentido, buscando la simplicidad y eficiencia, creemos que la simple sutura del sistema SMAS-Platisma de acuerdo con los vectores de tracción, presenta evidencia de su practicidad, seguridad, durabilidad y se encuentra perfectamente dentro de las exigencias del concepto filosófico de naturalidad al generar resultados muy naturales relacionados con la suavidad y flexibilidad intrínsecas de la técnica (3-10) (Fig. 4).

Material y método

Revisamos retrospectivamente un total de 617 ritidoplastias realizadas durante el periodo comprendido entre enero de 1992 y diciembre del 2010, todas ellas en pacientes de sexo femenino, con edades que oscilaron entre los 37 y 75 años.

En 404 pacientes realizamos ritidoplastia tradicional, siempre con tratamiento del SMAS, despegando y traccionando el colgajo del sistema músculo-aponeurótico superficial; y en los últimos 213 pacientes llevamos a cabo solo tratamiento del SMAS mediante sutura del mismo con hilo reabsorbible siguiendo los vectores de tracción sugeridos por Baker (5). Del total de pacientes, en 326 llevamos a cabo ritidoplastia aislada (incluyendo blefaroplastia) y en 291 hicimos ritidoplastia combinada con otras cirugías estéticas, ginecológicas y vasculares (Tabla I y Gráfico 1).

En las pacientes fumadoras, que necesitaban perder peso (sobrepeso por encima de 15 kg de su peso ideal) o que fueron clasificadas ASA II, III o IV, contraindicamos el procedimiento. A las fumadoras se les indicó que debían interrumpir el hábito 30 días antes y 30 días después de la fecha de la cirugía.



Fig. 1. Ritidoplastia y blefaroplastia. Naturalidad en el resultado con colgajo de SMAS-Platisma. Pre y postoperatorio a los 4 meses.



Fig. 2. Ritidoplastia y blefaroplastia. Colgajo SMAS-Platisma. Pre y postoperatorio a los 3 meses.



Fig. 3. Ritidoplastia y blefaroplastia . Mantenimiento de las características del grupo etario de la paciente con colgajo de SMAS-Platisma. Pre y postoperatorio a los 4 meses.



En todos los casos utilizamos drenajes de succión en el postoperatorio que fueron retirados al día siguiente de la intervención, así como drenaje linfático manual (11).

Antes de la cirugía diseñamos los límites de la disección y marcamos las incisiones con azul de metileno. Infiltramos el colgajo mediante jeringa de 20 ml y catéter intravenoso del 18 con una mezcla de 300 ml de solución salina, 1 ml de adrenalina al 1:1000 y 40 ml de lidocaína al 2% sin vasoconstrictor. En los casos en los que la cirugía se realizó bajo sedación, adicionamos a esa mezcla 10 ml de bicarbonato sódico al 8,4%.

Nuestra rutina en las ritidoplastias se basa en una atención absoluta al sistema SMAS-Platisma (100% de los casos), y el despegamiento del colgajo de piel es únicamente una vía de acceso para llegar a los músculos.

Comenzamos con la disección cutánea que incluye siempre un despegamiento amplio de la la región submentoniana uniendo las dos hemicaras en esta zona (6). Después, hacemos también en el 100% de los casos una liposucción en régimen abierto con cánula nº 4. Continuamos con una incisión submentoniana para la sutura del platisma medial y practicamos las suturas del SMAS en el tercio medio de la cara de acuerdo con Baker (5). Desde que iniciamos la sutura del SMAS-Platisma hace 6 años lo hacemos con una variación de la técnica de Baker. El autor hace la sutura o resección con sutura del SMAS-Platisma en el tercio medio de la cara siguiendo a través del ángulo mandibular y fijando el músculo platisma en su porción cervical a la mastoide. Nosotros hemos preferido hacer la sutura del SMAS en el tercio medio de la cara y el despegamiento parcial del borde externo del platisma desde el ángulo mandibular hasta aproximadamente la mitad inferior del músculo, para entonces fijar éste en la mastoides. El vector de tracción de la sutura del SMAS en el tercio medio es más vertical

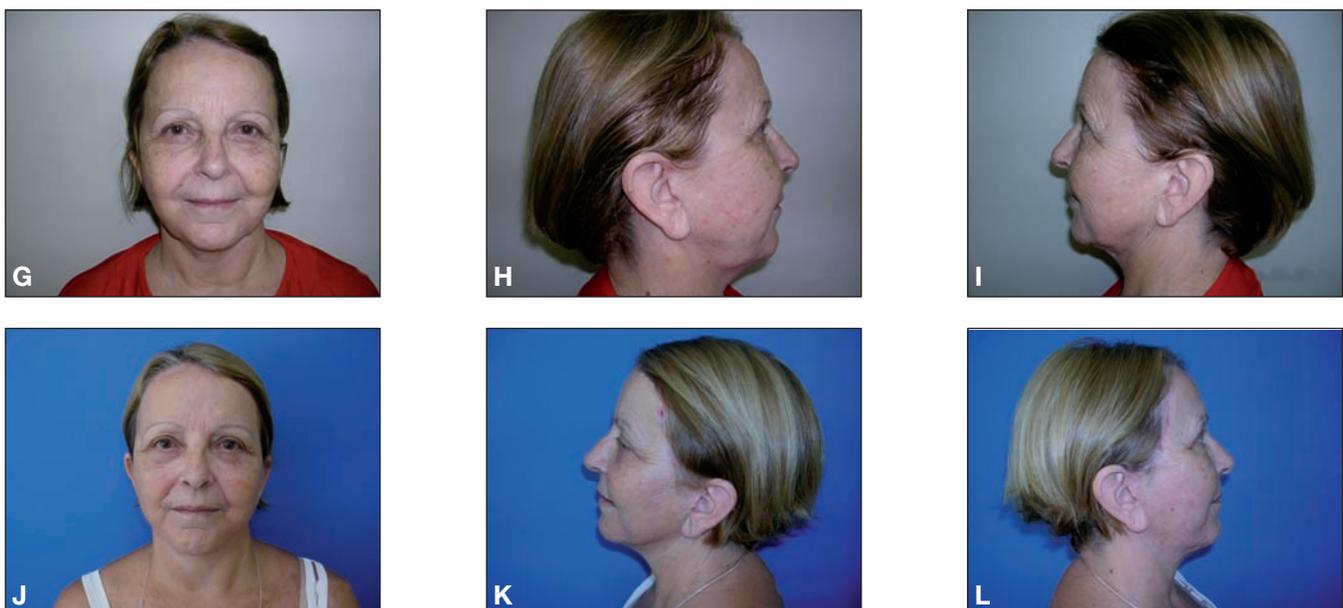


Fig. 4. A-I: Ritidoplastia. Naturalidad en el resultado con colgajo de SMAS-Platisma e imagen de la paciente 13 años después. J-L: Ritidoplastia secundaria con sutura del SMAS-Platisma, postoperatorio a los 4 meses. En el conjunto de imágenes vemos la evolución completa de la paciente entre 1997 y 2010.

Gráfica 1. Distribución de las cirugías revisadas entre 1992 y 2010 según la combinación de ritidoplastia con otras cirugías.



Tabla I. Distribución de las ritidoplastias del grupo de estudio según la combinación con otras cirugías asociadas

CARA	326
CARA + MAMAS	76
ABDOMEN + CARA	65
CARA+ RINOPLASTIA	57
CARA + LIPOSUCCIÓN	22
ABDOMEN + CARA + MAMAS	17
ABDOMEN + CARA + LIPOSUCCIÓN	10
CARA + PRÓTESIS DE MAMA	6
ABDOMEN + CARA + PRÓTESIS DE MAMA	6
ABDOMEN + CARA+ LIPOSUCCIÓN + MAMAS	4
CARA + LIPOSUCCIÓN + MAMAS	4
ABDOMEN + CARA + HAT* +PERÍNEO	2
ABDOMEN + CARA + LIPOSUCCIÓN+ PRÓTESIS DE MAMA	2
BLEFAROPLASTIA + CARA + MENTO + RINOPLASTIA	2
BLEFAROPLASTIA + CARA + VARICES	2
CARA+ IMPLANTE DE CABELLO	2
CARA + LIPOSUCCIÓN + VARICES	2
CARA + MAMAS + CORRECCIÓN DE AREOLA	2
CARA + MAMAS + RINOPLASTIA	2
CARA + PERINEO	2
CARA+ PRÓTESIS DE MAMA + RINOPLASTIA	2
CARA+ RETIRADA DE PRÓTESIS	2

*HAT: Histerectomía abdominal total

y su posicionamiento es oblicuo desde el arco zigomático hasta el ángulo mandibular (Fig. 5).

Una vez que el sistema muscular esté reestructurado, llevamos a cabo la reposición de los colgajos de piel sobre la cara. Este es un tiempo quirúrgico muy importante pues es aquí donde el cirujano debe tener la máxima concentración y el control absoluto del concepto de naturalidad. El colgajo de piel debe seguir solamente la reestructuración del SMAS-Platisma, es decir, solamente vestir el espacio de tensión de los músculos, lo que es muy fácil pues solamente hay que ver la ola de piel por encima del músculo traccionado.

Una vez que hemos traccionado lo suficiente para que la piel quede con una superficie normal y ajustada al nuevo contorno facial, podemos hacer las suturas. El primer punto debe estar sobre el pabellón auricular y el segundo siempre sobre la región retroauricular, en la transición de la incisión entre el pabellón auricular y la región del cráneo. Es muy importante poner estos dos puntos de forma rutinaria y disciplinada, pues son los que determinarán el excedente natural de piel pre y retroauricular.

Después seguiremos con la resección cutánea de acuerdo con las rutinas ya conocidas.

La filosofía de la naturalidad impone una metodología precisa que lleve al cirujano a una tracción y resección de piel moderadas respetando los vectores de tracción supe-

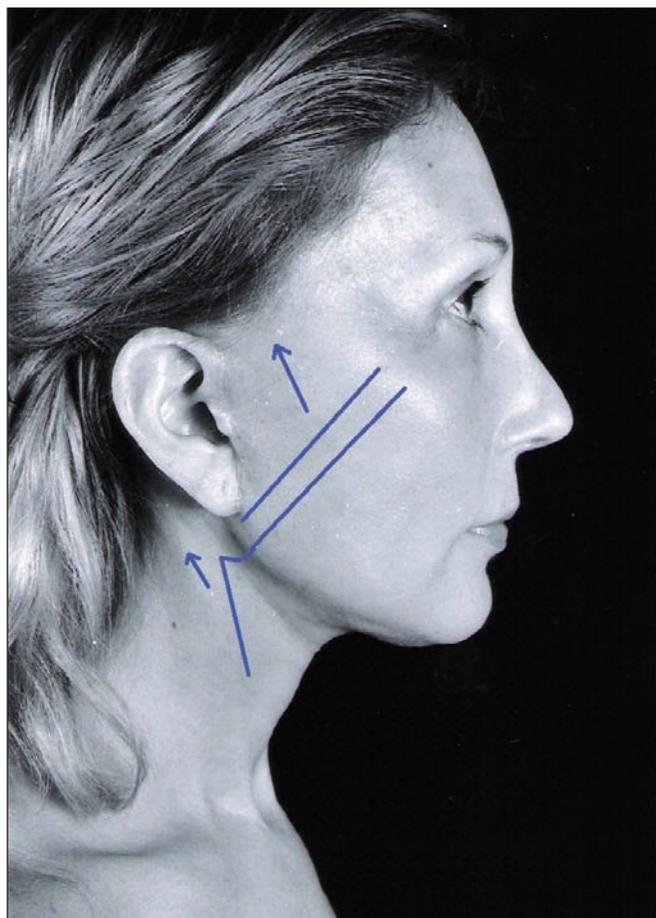


Fig. 5. Ritidoplastia - Vectores de tracción del SMAS desde el arco zigomático hasta el ángulo mandibular y del platisma con despegamiento parcial y sutura en la región mastoidea.

rior ya demostrados en otros artículos y libros de Cirugía Plástica (1,3,5-7). La tracción temporal precapilar (5,6), debe ser la suficiente para lograr un resultado satisfactorio (Fig. 6). Solo tratamos la región frontal cuando ésta es de poca altura y tiene necesidad inequívoca de tratamiento.

En nuestra práctica habitual, las cirugías combinadas tienen un volumen importante. Los tiempos quirúrgicos suelen variar entre 3 y 6 horas en total y la morbilidad no es muy diferente de la de una cirugía simple. La duración de la cirugía de ritidoplastia aislada con tratamiento del SMAS en el 100% de los casos fue de alrededor de 3:30 horas, pero comprobamos una reducción de alrededor de un 10% del tiempo quirúrgico cuando realizamos la sutura simple del SMAS-Platisma en comparación con la cirugía tradicional de despegamiento del colgajo SMAS-Platisma (6).

RESULTADOS

Las complicaciones sufridas en el grupo de estudio estuvieron dentro de los índices aceptables en niveles mundiales para este tipo de procedimiento (1,11-13) (Tabla II).

Tuvimos 12 casos de epidermólisis: 5 (0,81%) preauriculares y 7 (1,13%) retroauriculares. No observamos cicatrices anchas o hipertróficas, queloides o dehiscencias parciales. Comprobamos hiperpigmentación cicatricial en 1 caso (0,16%).

Sufrimos 1 caso (0,16%) de necrosis parcial secundaria a tabaquismo en una paciente que insistió en fumar sin nuestro conocimiento; 1 caso de hematoma de grandes proporciones (0,16%) en una paciente con hipertensión arterial de difícil control y 7 pequeños hematomas localizados principalmente en la región retroauricular que fueron tratados con aspiración simple y posterior drenaje linfático (1,13%); 2 casos (0,32%) de parálisis facial temporal: 1 de la rama temporal, creemos que por elongación del nervio cerca del despegamiento de la piel precapilar en el borde externo palpebral, y 1 caso de la rama mandibular que creemos fue debida a trauma térmico por electrocoagulación. En los dos casos hubo recuperación completa, a los 3 y a los 6 meses respectivamente.

También tuvimos 1 caso (1,16%) de trombosis venosa y tromboembolismo pulmonar en una paciente en que practicamos cirugía combinada de cara, mamas y abdomen. La paciente fue diagnosticada y tratada precozmente conforme a la rutina descrita para estos casos.

Controlamos la satisfacción de las pacientes mediante encuesta personal y directa 3 meses después de la cirugía, con el resultado de excelente en el 100% de los casos. El principal aspecto de satisfacción para las pacientes fue la forma natural de la cara, que más que nada según ellas, no despertó la atención de sus conocidos acerca de que se hubieran realizado una cirugía facial. Las pacientes dijeron que lo que les solían preguntar era qué habían hecho para tener un aspecto hermoso y un contorno suave (Fig. 7 y 8).



Fig. 6. Ritidoplastia más blefaroplastia. Incisión precapilar en la región temporal y sutura del SMAS-Platisma. Pre y postoperatorio a los 3 meses.

Tabla II: Ritidoplastia.
Complicaciones postoperatorias en el grupo de estudio

Complicaciones	Nº	%
Epidermolisis preauriculares	5	0,81
Epidermolisis retrouriculares	7	1,13
Ensanchamiento de cicatrices	0	0
Cicatrices hipertróficas	0	0
Hiperpigmentación de cicatrices	1	0,16
Queloides	0	0
Dehiscencia parcial de cicatrices	0	0
Necrosis por tabaquismo	1	0,16
Grandes hematomas	1	0,16
Pequeños hematomas	7	1,13
Parálisis facial temporal	2	0,32
Parálisis facial permanente	0	0
TVP/TEP*	1	0,16
Infecciones	0	0
Total	25	4,03

*Trombosis venosa profunda /Tromboembolismo pulmonar profundo

Discusión

La ritidoplastia es una cirugía esencialmente artesanal y que necesita mucha concentración y una rutina muy fuerte y disciplinada por parte del cirujano que la prac-

tica. Cuando se realiza dentro de estos parámetros suele ser muy satisfactoria tanto para paciente como para cirujano. Los índices de complicaciones suelen ser muy bajos y la recuperación es rápida, alrededor de 15 a 20 días (1) (Fig. 9).

Desde una visión de naturalidad, es muy importante ignorar las arrugas y comprender profundamente el mecanismo de envejecimiento de la cara (3,4). La división de la misma en 3 tercios (1/3 superior: frontal y cejas, 1/3 medio: facies central y nariz y 1/3 inferior: línea mandibular, cuello y mentón) es muy útil para el diagnóstico de los problemas de la cara (3,4,12,13). Sin embargo, esta división no puede ser la línea principal para los procedimientos quirúrgicos. Es decir, no sirve como parámetro para una actuación global sobre el rostro. La piel y el SMAS-Platisma tienen un movimiento descendente que empieza en la región superior de la cara. Esto significa que la flacidez de la cara es un fenómeno descendente de todo el rostro.

Desde este concepto, las cirugías faciales mínimas con actuación sobre una u otra región, suelen ser de poco resultado estético o de poca duración en el tiempo, y a su vez pueden ser peligrosamente deformantes de la cara considerada como un todo (3,4,6,9,10).

Es muy importante considerar el rostro en su conjunto, desde la región frontal hasta el cuello, con excepción del nariz y de los párpados que pueden ser intervenidos quirúrgicamente sin perjuicio del resto de la cara (3,6,12,13).



Fig. 7. Ritidoplastia más blefaroplastia y *peeling* con ácido retinólico al 5%. Pre y postoperatorio a los 4 meses.

El concepto de cirugía mínima facial está en contra de la filosofía de la naturalidad, pues en el momento en que actuamos sobre uno de los tercios de la cara estamos deformando los otros dos, y si no deformamos, tampoco ofrecemos un resultado satisfactorio y duradero más allá de los 3 años de postoperatorio (13-15).

En el momento actual, la cirugía mínima facial casi es de carácter ambulatorio y ocupa un lugar importante en la práctica de muchos equipos quirúrgicos que tienen un aura de modernidad. Pero esto no es modernidad. Modernidad es utilizar el profundo conocimiento dejado por los cirujanos pioneros para hacer la cirugía de la cara lo más completa y definitiva posible, con un resultado final agradable, natural y respetando todas las características individuales y únicas del paciente, incluso su condición etaria (2,3,5,14) (Fig. 10 y 11).

Por lo tanto, para nosotros, son esenciales dos parámetros: la cara como una totalidad, sin divisiones académicas y la línea del arco mandibular que es el divisor entre una cara joven y una cara envejecida, además por supuesto, de la naturalidad como resultado final (4-6) (Fig. 12 y 13). La línea mandibular es un parámetro fundamental en el mantenimiento de la jovialidad de la cara y tiene el poder de definir estéticamente el rostro. Algunos autores (3) apuntan que la mayoría de los pacientes están más preocupados por su línea mandibular que por otras partes del rostro.

La historia de la ritidoplastia, desde sus comienzos, ha sido una permanente búsqueda de estructuras y pla-

nos más profundos para obtener resultados mejores y más duraderos (7). Esto es posible desde los trabajos de Mitz y Peironie sobre el sistema SMAS-Platisma (2). Después del descubrimiento de estos dos autores, la cirugía de la cara entró en un nuevo paradigma y el tratamiento del sistema SMAS-Platisma pasó a ser una etapa importante de la cirugía. Actuando sobre este sistema músculo-aponeurótico conseguimos resultados más consistentes y duraderos. La naturalidad es una consecuencia y una prerrogativa cuando se trata el SMAS-Platisma y se actúa sobre todo el rostro en una dimensión global, como determina la filosofía de la naturalidad (Fig. 14).

El sistema SMAS-Platisma tiene mucha flexibilidad y responde muy bien a los vectores de tracción (5-7,9) en términos de duración del tratamiento, forma, seguridad y naturalidad.

Las cirugías de SMAS extendido (10) o SMAS vertical extendido (9), suelen ser muy peligrosas por la posibilidad de causar lesiones en las ramas del nervio facial, así como las elevaciones del colgajo simple de SMAS (6). Pero en todas hay la confirmación de que la tracción del sistema SMAS-Platisma es fundamental para el reposicionamiento de los tejidos de la cara y para lograr un resultado más duradero.

Con la profundización de los estudios anatómicos de la cara y sus ligamentos de conexión a las estructuras profundas (7), emergió la posibilidad real de que, al contrario de una amplia y peligrosa disección del sistema SMAS-Platisma, pudiéramos simplemente sutu-



Fig. 8. A-C: Paciente intervenida en 1990 por otro equipo quirúrgico; solo tracción de piel. Vemos claramente las cicatrices preauriculares, el lóbulo auricular traccionado y la mala resolución de la región mentoniana. D-F: Postoperatorio a los 3 meses; resultado natural tras sutura del SMAS-Platisma.

rarlo basándonos en vectores de tracción y obtener así los mismos resultados de duración y naturalidad añadidos a una inconmensurable ganancia en seguridad y eficacia (5-7).

En palabras de Ventura(7): "... El reconocimiento de estos ligamentos que fijan el SMAS al esqueleto facial y a la aponeurosis profunda del masetero es la clave principal de la cirugía facial que utiliza el SMAS, porque si existe un bloqueo entre el punto de fuerza y el área que requiere corrección, no es posible para un colgajo de SMAS mejorar esa área. Por lo tanto, las opciones técnicas para cumplir con el cometido son dos:

1. SMAS extendido (liberación de las fijaciones).

2. *By-pass* o puente con suturas entre el SMAS medial y el lateral neutralizando los ligamentos de retención. Una forma simple de cumplir con el mismo cometido es mediante la tracción del SMAS medio desde el SMAS lateral con puntos de remolque, que salten la línea de fijación en forma de puente anulando el efecto de retención. Esto aclara la efectividad de los puntos de tracción y anclaje..."

Pero verificamos que el asunto suele ser aún más simple, pues Ventura en su artículo recomienda una sutura más amplia y profunda que envuelve la fascia temporal (7). Las suturas traccionando el SMAS-Platisma en vec-



Fig. 9. Ritidoplastia con colgajo de SMAS-Platisma más blefaroplastia. Pre y postoperatorio a los 13 días. Postoperatorio sencillo y de rápida evolución.



Fig. 10. Ritidoplastia. Cirugía con sutura del SMAS-Platisma respetando la edad de la paciente y la naturalidad de las formas. Pre y postoperatorio al mes y medio de la cirugía.



Fig. 11. Ritidoplastia con sutura del SMAS-Platisma más blefaroplastia respetando la edad de la paciente y la naturalidad de las formas. Pre y postoperatorio a los 4 meses.

tores de dirección craneal pueden ser más simples e igualmente efectivas como hemos visto en nuestra experiencia, generando una naturalidad aún mayor por su flexibilidad y plasticidad de confección que permite soluciones mucho más a medida para cada paciente en particular, o que siguen rigurosamente las premisas de la filosofía de la naturalidad (14,15).

Sin embargo, no sería exagerado decir que actualmente, la sutura del sistema SMAS-Platisma de acuerdo con vectores de tracción de la cara es la base de la moderna cirugía facial y de la filosofía de la naturalidad (5-7).

La sutura simple del SMAS-Platisma cumple todos los requisitos y genera amplia eficacia y seguridad para la cirugía de la cara.

La cirugía de la cara, con mucha frecuencia, es criticada y considerada como una frivolidad carente de beneficios, pero la realidad es otra (13,15). Los beneficios para los pacientes son muchos, especialmente en la autoestima y calidad de vida (15). Cuando estamos comprometidos con el concepto de naturalidad obtenemos frecuentemente este tipo de resultados y generamos más

confianza en nuestros pacientes y en la población en general acerca de que los tiempos de las caras artificiales, resultado de una falta de conocimientos más profundos y de la falta de compromiso con la naturalidad y la individualidad, ya pasaron.

Conclusiones

Desde el descubrimiento del sistema SMAS-Platisma, la ritidoplastia ha sufrido una gran evolución. Con los colgajos de SMAS ya teníamos una excelente técnica para lograr resultados estéticos más naturales en la cara. Con la simple sutura del SMAS-Platisma hemos evolucionado aún más hacia la eficacia y la simplicidad sin afectar a la duración de los resultados y creando al mismo tiempo condiciones para que estos resultados sean aún más naturales.

Sin embargo es muy importante que los cirujanos adopten una rígida filosofía de la naturalidad que sea la base del diagnóstico y de la técnica quirúrgica.



Fig. 12. Ritidoplastia con colgajo de SMAS-Platysma más blefaroplastia. Pre y postoperatorio a los 4 meses.

Agradecimiento

Al Dr. Ronaldo Pontes y al Dr. Liacyr Ribeiro por todo su apoyo y por las enseñanzas que recibimos en todos estos años a través de su ejemplo y extraordinario trabajo y dedicación al desarrollo de la Cirugía Plástica.

A la Sra. María Cristina R. Goulart, administradora del equipo, por su colaboración en la preparación de este trabajo.

Dirección del autor

Dr. Remi Goulart Jr.
Calle Algas 811, Apto. 202 B
Jurerê Internacional, Florianópolis/SC – Brasil
CEP 88053-505.
e-mail: remigoulartjr@gmail.com

Bibliografía

- Pitanguy I., Machado BH.:** Facial rejuvenation surgery: a retrospective study of 8788 cases. *Aesth. Surg. J.* 2012; 32(4):393-412.
- Mitz V., Peyronie M.:** The superficial musculo-aponeurotic system (SMAS) in the parotid and cheek area. *Plast. Reconstr. Surg.* 1976; 58(1):80-88.
- Coleman S.R., Grover R.:** The Anatomy of the Aging Face: Volume Loss and Changes in 3-Dimensional Topography. *Aesth. Surg. J.* 2006;26(1):4-9.
- Reece E.M., Rohrich, R.J.:** The Aesthetic Jaw Line: Management of the Aging Jowl. *Aesth. Surg. J.* 2008; 28(6):668-674.
- Baker, D.C.:** Minimal Incision Rhytidectomy (Short Scar Face Lift) with Lateral SMASectomy. *Aesth. Surg. J.* 2001;21(1):68-80.
- Letizio, N.A., Anger, J., Baroudi, R.:** Rhytidoplasties: cervicofacial SMAS-plasty according to vector suturing. *Rev. Bras. Cir. Plast.* 2012;27(2):266-271.
- Ventura, O. M., Marcello, G., Marino, H., Buquet, J., Gamboa, J.:** Ritidoplastia con cicatrices cortas: ligamentos de retención y vectores de corrección *Cir. plást. iberolatinoam.* 2008; 34(1): 51-60.
- Guerrosantos, J.:** Managing Platysma Bands in the Aging Neck. *Aesth. Surg. J.* 2008;28(2):211-216.
- Bernard, R.W.:** The Anterior Vertical Smas Lift. *Aesth. Surg. J.* 2003;23:486-494.
- Litner, J.A., Adamson, P.A.:** Limited vs Extended Face-lift Techniques Objective Analysis of Intraoperative Results. *Arch Facial Plast Surg.* 2006;8:186-190.
- Mottura A.A.:** Face lift postoperative recovery. *Aesth. Plast Surg.* 2002;26(3):172-180.
- Castro, C.C.:** Proper Incision Planning Can Avoid Face Lift Stigmata. *Aesth. Surg. J.* 2004;24:75-78.
- Castro, C.C.:** Judging Face Lift Results. *Aesth. Surg. J.* 2005;25: 521-523.
- Sharabi, S.E., Hatf, D.A., Hollier, L.H.:** Facial Attractiveness : Is the Whole More Than the Sum of Its Parts? *Aesth. Surg. J.* 2010, 30: 154-160.
- Litner, J.A., Rotenberg, B.W., Dennis, M., Adamson, P.A.:** Impact of Cosmetic Facial Surgery on Satisfaction With Appearance and Quality of Life. *Arch Facial Plast. Surg.* 2008;10(2):79-83.

Comentario al artículo “Ritidoplastia: sutura del sistema SMAS-Platisma e importancia de la filosofía de la naturalidad”

Dr. Antonio Fuente del Campo

Profesor de Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva, Universidad Nacional Autónoma de México. Profesor Titular de la Maestría en Cirugía Plástica Endoscópica.

Director de la Clínica de Cirugía Plástica Aq̄uel. México DF., México

El trabajo de los doctores Goulart y Scipioni menciona principios de gran importancia en la realización del rejuvenecimiento facial (ritidectomía / ritidoplastia). La importancia del Sistema Músculo-Aponeurótico en estos procedimientos fue planteada y justificada plenamente por Thord Skoog, un gran innovador, quien resumió sus diversas publicaciones en su libro “Plastic Surgery”, publicado por Saunders en 1974 y traducido posteriormente a otros idiomas (al español por Salvat). Posteriormente Tessier, quien conocía los trabajos de Skoog, motivó a Mitz y Peyronie a hacer los estudios anatómicos correspondientes que dieron como resultado el artículo publicado por estos últimos y que actualmente es una referencia clásica.

La pérdida de volumen óseo de la cara, así como la pérdida de consistencia de las partes blandas, obliga a corregir éstas y no solo la piel, que es un elemento de recubrimiento y no de soporte, por lo que resulta ilógico hacer una cirugía que no corrija específicamente las partes blandas profundas y pretenda hacerlo traccionando únicamente la piel. Tal y como describen los autores, la corrección de la flacidez y la caída de las partes blandas debe hacerse corrigiendo directamente estas estructuras y cuidando distribuir la piel en el área, pero sin tensión.

La disección subcutánea suprime el aporte circulatorio profundo de la piel que subsiste gracias a su red superficial. Aunque con el proceso cicatricial la piel se adhiere nuevamente a su lecho, nunca recuperara totalmente este aporte circulatorio,

de ahí que en muchos casos la piel pierda progresivamente su aspecto natural.

En los pacientes con avanzado grado de deterioro se hace necesario eliminar un poco de piel, y se hace necesaria la vía preauricular; pero en los pacientes con grados de ritidosis I y II, se logra la corrección de las partes blandas profundas mediante procedimientos mini-invasivos y/o endoscópicos, haciendo innecesaria la incisión preauricular así como los amplios despegamientos subcutáneos, y con ello, eliminando la posibilidad de necrosis cutánea aún en pacientes fumadores, tal y como hemos comunicado en algunos artículos: “Facelift without preauricular scars”, PRS, 1993; 92: 642-653; “Ritidectomía subperióstica endoscópica”, Cir. plast. iberolatinoam. 1994; 20:393-399; “Subperiosteal facelift: open and endoscopic approach” Aesth. Plast. Surg. 1995; 19: 149-160. “Mini-invasive facial rejuvenation without an endoscope” Aesth. Surg. Jour. 1996; 16: 129-137; “Evolution from endoscopic to miniinvasive facelift: a logical progression ? Aesth. Plast. Surg. 1998; 22, 267-275, etc....

Quiero felicitar a los Drs. Goulart y Scipioni por su aportación en la que dejan muy claros puntos fundamentales que son importantes a tener en cuenta para obtener resultados naturales al realizar un procedimiento quirúrgico de rejuvenecimiento facial.

Respuesta al comentario del Dr. A. Fuente del Campo

Dr. Remi Goulart Jr

Para nosotros es un privilegio y un honor que el Dr. Fuente del Campo haya tenido la generosidad de hacer un comentario sobre nuestro artículo, ya que seguimos su trabajo desde hace muchos años. Agradecemos la profundidad y conocimiento que ha expresado en este comentario y que solo demuestran una vez más porqué él es uno de los más importantes cirujanos de la actualidad y tiene nuestra más profunda admiración por ello.

Conocemos los artículos pioneros del Dr. Fuente del Campo acerca de la cirugía endoscópica de la cara, en especial su trabajo sobre rejuvenecimiento facial poco invasivo sin endoscopia de 1996. Pero el objetivo de nuestro artículo es justamente hacer una reflexión sobre la cara como una totalidad y la importancia de este concepto para lograr un resultado na-

tural. Para cirujanos con talento natural como el Dr. Fuente del Campo, una cirugía mínimamente invasiva suele tener muy buenos resultados; pero en general, en nuestra modesta opinión, los resultados de este tipo de cirugías pueden ser peligrosamente más artificiales y quizás, tener una menor duración en el tiempo que los que ofrece una cirugía completa.

La cirugía mínimamente invasiva de la cara ya tiene su lugar en el arsenal terapéutico actual de la Cirugía Plástica y nosotros la apoyamos, pero invitamos a todos, con este artículo, a reflexionar sobre el tema y a considerar que las cirugías completas de la cara aún tienen su sitio también y pueden ser, en muchas situaciones, una opción mejor a pesar de la tendencia minimalista.

Cirugía del envejecimiento facial

Dr. Daniel Jacobovsky L.
Cirujano Plástico. Clínica Las Condes.

Resumen

Resumen

El envejecimiento facial es un proceso único, particular a cada individuo y regido en especial por su carga genética.

Para revertir los principales signos de este proceso, recurrimos al lifting facial o ritidoplastía. Técnica quirúrgica desarrollada en nuestra especialidad, desde principios de siglo, consiste en un complejo procedimiento quirúrgico, que admite múltiples variantes y continúa en constante revisión.

Los factores secundarios que gravitan en el envejecimiento facial, son múltiples y por ello las ritidoplastías o lifting cervico faciales descritas, han buscado corregir los cambios fisonómicos del envejecimiento, excursionando en todos los planos tisulares involucrados: piel, grasa y sistema músculo aponeurótico. La suspensión muscular debe ser previa a la resección grasa, sea ésta hecha con lipoaspiración o lipectomía abierta; debe hacerse con delicadeza para evitar las secuelas propias de su excesiva o errónea extirpación. El tratamiento de triple suspensión muscular, permite remodelar el cuello y la cara, recuperando así el necesario sostén profundo al plano cutáneo. De este modo, luego, al efectuar su montaje y resección final, se hace sin exigir una excesiva tensión sobre la piel evitando estigmas en antaño frecuentes.

Los vectores de montaje y resección cutánea son cruciales en los resultados estéticos de la cirugía cervico facial. Se exige pericia y experiencia para reducir las complicaciones, secuelas quirúrgicas y revisiones secundarias. Las nuevas tendencias en la

cirugía del envejecimiento facial, contemplan una variada asociación de recursos tendientes a minimizar cicatrices, como es el uso de la endoscopia en el tercio superior, incorporar conceptos como lifting volumétrico, entendiendo la necesidad de resaltar ciertos puntos faciales cruciales en el rejuvenecimiento (malares, mentón, posición de punta nasal etc). La disminución de los riesgos, ha validado la incorporación de procedimientos adicionales en el mismo acto quirúrgico, como es el tratamiento de los párpados, exfoliaciones cutáneas con láser, implante de surcos, lipoinyecciones y otros.

El logro de un programa de rejuvenecimiento facial exitoso, exige de una evaluación correcta de las alteraciones presentes, de una planificación de los procedimientos a efectuar y su oportunidad, esto debe ser informado y aceptado por el paciente.

INTRODUCCIÓN

El creciente interés por revertir los cambios que produce el envejecimiento facial, acompaña a la mayor preocupación que presentamos por nuestro bienestar global, la autoestima y el entender que ello compromete los sentimientos que tenemos frente a nuestra imagen. Este mayor interés, también es influido por la información pública sobre cirugía plástica disponible y la gran difusión que los medios de comunicación entregan sobre expectativas y riesgos de los procedimientos faciales. Hoy,

en Chile, es habitual que el candidato a esta cirugía llegue a nuestras consultas con abundante información sobre los procedimientos existentes para tratar la vejez. Esto demuestra de alguna forma, esta indiscutible preocupación social y además evidencia el porque de un escenario de solicitud de procedimientos faciales en aumento.

En nuestro medio, no contamos con estadísticas que nos señalen de la real cuantía de la cirugía estética de la ptosis cérvico facial, pero es clara la tendencia creciente de ella al igual que la de otros procedimientos estéticos. Este interés, hace necesario que nos preocupemos de dar a conocer entre los médicos, conceptos básicos sobre este tema de nuestra disciplina y sobre el que de manera inevitable serán en algún momento interrogados por sus pacientes.

ETIOLOGÍA

La biología del envejecer es única y particular a cada individuo y aún cuando está regida en especial por su carga genética, este proceso, es acentuado por factores ambientales, en particular, la radiación solar (ultravioleta), contaminación atmosférica y hábitos o conductas individuales, entre las que destaca el fumar y el stress. Clínicamente, es posible distinguir aspectos del envejecimiento cronológico, marcado por nuestro "reloj biológico," de los por fotoenvejecimiento debidos a la irradiación actínica. Esta produce alteraciones particulares como: desecación, pérdida de tonicidad de la piel, discoloraciones (manchas) acartonamiento por elastosis de la dermis y la aparición de diversas lesiones pre-malignas como las queratosis actínicas.

En el rostro, es la piel la que evidencia gradualmente y con más premura los efectos del envejecimiento (Fig.1).

El envejecimiento facial es un proceso que se genera de manera gradual en todos los planos faciales, alterando el aspecto de la piel, su tonicidad y aumentando su superficie global. Su excedente se manifiesta en especial en el área cervical (dermochalasis).



Fig.1. Gradiente de alteraciones faciales en el proceso de envejecimiento.

La flaccidez cutánea, es acompañada por desplazamiento de la grasa subcutánea, y depósitos de esta en la línea mandibular y sub-mentón. Sin embargo en el tercio superior y medio, se produce una esqueletización por disminución de la grasa, mayor, en el área peri-orbitaria. 9. Esto, ha marcado las actuales tendencias que buscan reponer la grasa malar y evitar la resección exagerada de bolsas palpebrales, que pueden dejar una región orbitaria hundida y de aspecto senil (Fig.2).

El plano muscular y aponeurótico descien- de y "cuelga" de los ligamentos de suspensión en particular del ligamento zigomático y el mandibular. La frente se alarga y las

cejas bajan, el músculo orbicular se alarga bajo el arcus marginalis y puede formar festones, los bordes anteriores del platisma se separan, formando bandas de extensión variable desde el mentón hasta el cricoides (grados I a III de Baker) 1.

Entre los músculos digástricos y la cara posterior del platisma, también puede acumularse grasa en exceso que requiera eventual exéresis.

La etiología de este proceso y el mejor conocimiento anatómico de los tejidos comprometidos, han facilitado la evolución del tratamiento quirúrgico y la reposición racional de ellos a su lugar, de este modo, el procedimiento de ritidoplastía busca re-

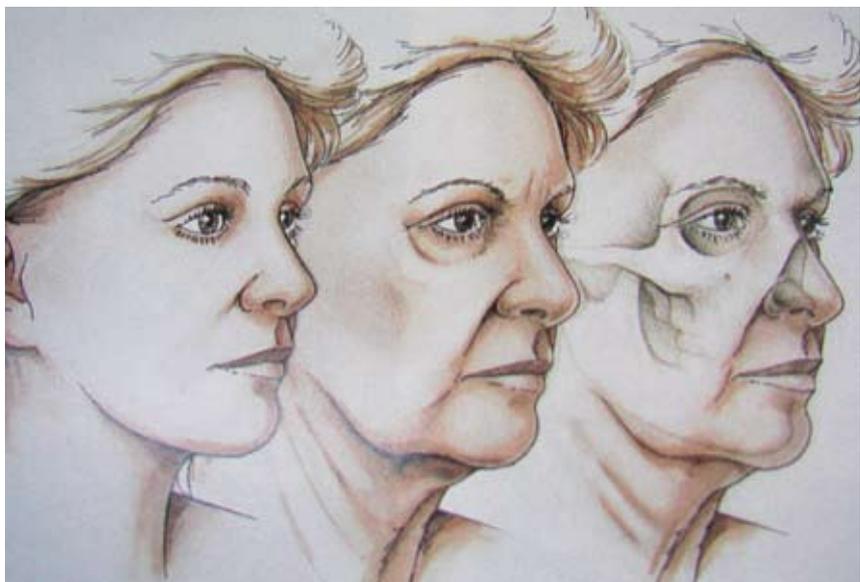


Fig. 2.- Desplazamiento de la grasa facial y esqueletización de tercios superiores. Aparición gradual de cúmulos grasos en línea mandibular y sub mentón.

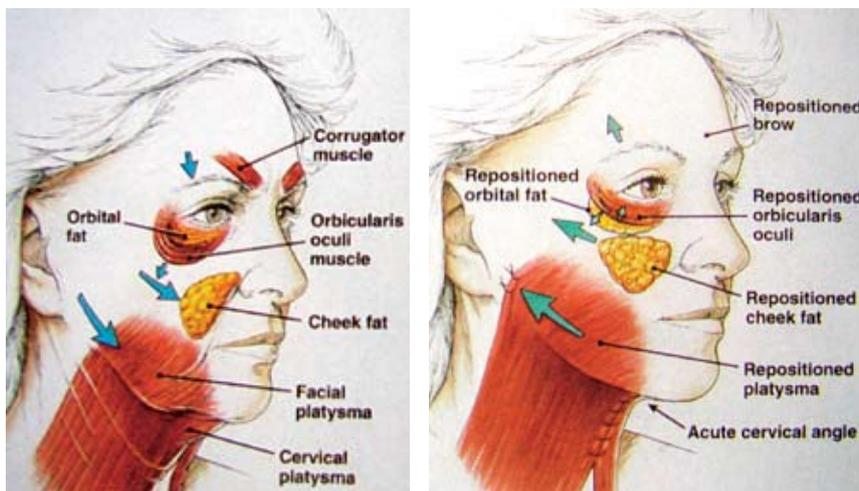


Fig. 3.- Cambios anatómicos con la vejez y reposición de las estructuras a su lugar original.

cuperar también, los volúmenes y definición de rasgos juveniles como los pómulos y el mentón salientes y la suave depresión intermedia en la mejilla y que dibuja en la posición de $\frac{3}{4}$ la denominada línea de Ogee. Este es un concepto tridimensional del lifting muy bien descrito por Little 10-12-14.

Se denomina ritidosis, a la pérdida de tersura y formación de arrugas o “craquelado facial”. Estas son de intensidad variable, y se inician en el área peri bucal (labio superior) y peri orbitaria (patas de gallo) extendiéndose gradualmente al resto de la cara. El lifting facial, al retirar excedente cutáneo y dar mayor tensión a la piel, corrige parcialmente la ritidosis, pero no es el tratamiento específico para ella como lo son los procedimientos exfoliantes (peeling químicos, dermabrasiones y resurfacing con laser) que sólo mencionaremos en esta publicación.

Durante el envejecimiento, se acentúan los surcos y líneas faciales que son propios de la mímica facial, dejando una impronta fisonómica a veces inestética y que es posible de corregir en el contexto de un programa elaborado de rejuvenecimiento. Estos imprimen también en el rostro, un sello propio de la herencia, del carácter y las vivencias personales. 18. Los surcos y líneas, fueron sistematizados por George Singer en 1993 (Fig.-4).

Esquema de George y Singer(1993)

- 1) Lineae frontalis transversae
- 2) Lineae verticales glabellares
- 3) Lineae nasales transversae
- 4) Sulcus orbitalis superior
- 5) Lineae palpebrales superiores
- 6) Lineae orbitales laterales
- 7) Sulcus orbitalis inferior
- 8) Linea orbito zigomatica
- 9) Sulcus nasolabialis
- 10) Sulcus buccomandibularis
- 11) Fovea buccalis
- 12) Sulcus oromentalis
- 13) Striae circumoralis
- 14) Sulcus nasooralis
- 15) Sulcus mentolabialis
- 16) Fovea mentalis

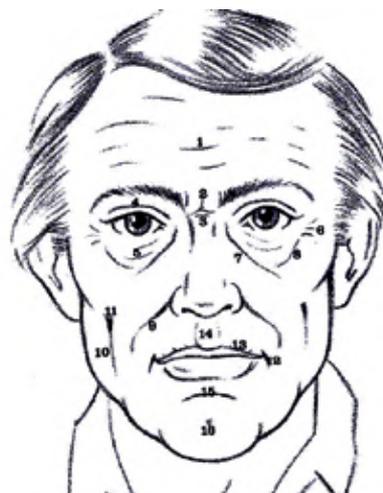


Fig. 4.- Líneas y surcos faciales.

La involución ósea y como se mencionó, la progresiva pérdida de tonicidad y el efecto gravitacional que actúan en conjunto sobre los tejidos blandos haciéndolos más flácidos y caídos (piel, tejido graso y musculatura), más el accionar mímico de los 52 músculos faciales, se incluye por su efecto en este proceso al esternocleidomastoideo y platysma, gradualmente distorsionan la fisonomía del rostro, cambiándolo a través de los años, desde el aspecto juvenil al de senectud. Hay que destacar como principales culpables de la acentuación de líneas y surcos, al grupo de los músculos cutáneos o de la expresión y casi excluir a los oculares y masticadores.

TRATAMIENTO

Historia

La cirugía del envejecimiento facial consiste en un complejo de técnicas quirúrgicas, desarrolladas en la vertiente estética de la cirugía plástica desde principios de siglo, para revertir los principales signos del proceso de envejecimiento facial 1.

Al revisar la evolución del *lifting facial o ritidoplastia*, presenciamos el desarrollo de un sinnúmero de técnicas que reflejan el mejor entendimiento que hoy tenemos, sobre el manejo diferenciado de los tejidos involucrados.

Passot en 1919, describía incisiones cutáneas múltiples temporales y pre auriculares para tensionar la piel facial flácida y caída. Lexer publicó en 1931, su técnica de disección sub-cutánea, con una cercanía a los criterios modernos. A excepción de incisiones alternativas, no hubo cambios significativos en la evolución de la ritidoplastia, hasta mediados de 1970, en los que se describe el Sistema Músculo *Aponeurótico* facial o SMAS. Tord Skoog en sus publicaciones, (1969,1972,1973) describe un análisis de la mecánica del envejecimiento y la importancia del desplazamiento que sufren los músculos cutáneos, platysma y orbicular de los párpados, explicando, que eran responsables de la formación de pliegues y “*que la corrección quirúrgica*

sólo de la piel, ignorando estos conceptos, compromería el resultado de esta cirugía". Propone reponer el sistema fascio-muscular, dando así, inicio a la evolución de los conceptos que rigen esta técnica hasta nuestros días 16.

Criterios de selección del paciente

En la medicina moderna, cada vez son más los pacientes que solicitan cirugía plástico-estética por presentar un discomfort variable con su imagen o auto imagen ego-distónica.

El cirujano plástico debe tener la adecuada formación, para distinguir si la corrección física puede corregir y equilibrar la auto imagen del paciente, es decir cubrir sus expectativas y causarle un bienestar y mejor calidad de vida. La motivación a consultar y decidir sobre la aceptación de someterse a una cirugía estética, debe ser personal, jamás debe ser influenciada o presionada por terceros. De acuerdo con Hinderer y cols. (1986) el individuo emocionalmente estable, realista y con motivaciones claras, es un buen candidato para una cirugía estética. Los pacientes psíquicamente inestables, los con mucho deterioro actínico, los obesos, son malos candidatos. La hipertensión, diabetes, cardiopatías y otros cuadros que a veces se presentan en los antecedentes clínicos, sin ser excluyentes, limitan la selección de estos pacientes. El grupo etario que mejor resultado puede esperar de esta cirugía es el comprendido entre los 40 y 50 años 17.

CIRUGÍA

La ritidoplastía debe armónicamente y con igual énfasis, tratar de revertir los vectores de envejecimiento en el cuello y segmentos o tercios faciales. El deterioro del tercio inferior de la cara y cuello, puede marcar una "diferencia de edad" con los dos tercios superiores de la cara, y ser el motivo de consulta, pero siendo el cuello una unidad estética que acompaña al rostro en el proceso de envejecimiento, debemos señalar y explicar a nuestros pacientes, que el

reborde mandibular es uno de los elementos importantes a tratar en estas cirugías y que es el límite cervical superior, que se prolonga con las mejillas, por lo que la variante de cervicoplastía que se planifique, hace un todo con la técnica de ritidoplastía seleccionada y necesariamente se confunde con ella. Sugerimos así, advertir o aconsejar al paciente, cuando por ejemplo, solicita sólo la corrección aislada del cuello o de un segmento anatómico, comprender que debe corregirse el área cérvico facial, como una unidad estética.

ANESTESIA

Se puede realizar este procedimiento, mediante anestesia local más una sedación asistida con un adecuado monitoreo y presencia de anestesista. El uso de vasoconstrictor (epinefrina 1/200.000), permite una disección más fácil al controlar el sangramiento, pero su efecto de rebote y eventual hipertensión secundaria a absorción, puede generar hematomas. La anestesia general es una buena opción si la colaboración del anestesista permite un manejo postoperatorio libre de incidentes que puedan derivar en una complicación (náuseas, vómitos, dolor y angustia, hipertensión etc.).

TÉCNICA

La técnica del lifting facial, consiste en la creación de dos vastos colgajos cérvico-faciales, formados a partir de incisiones peri-auriculares y que luego de la resección



Fig. 5.- Esquema de disección de colgajo cutáneo.

de los excedentes cutáneos, suspensiones musculares y resección de adiposidades, produce un "apriete" global de los tejidos de la cara y cuello, consiguiendo de este modo, un procedimiento que es reconstructivo y rejuvenecedor, y que puede corregir los cambios anatómicos producidos por la vejez (Fig. 5 y 6).

El éxito de esta cirugía, depende del conocimiento cabal de la anatomía y de la correcta evaluación de los cambios tisulares producidos en el paciente y de la experiencia del cirujano, que le permitirá adaptar variantes a cada caso. En la Fig 7, se marca en la mejilla algunos parámetros como el surco nasogeniano, el gonion, borde de la parótida y un vector de tracción del Sistema Músculo Aponeurótico, como guías



Fig. 6.-Area de disección del SMAS. Planos faciales.



Fig.7.- Se señala el SNG, el gonión, borde anterior de la parótida, inclinación del colgajo de SMAS a trasponer, y con una flecha el vector de tracción del SMAS.

antes del inicio de un lifting facial.

La ritidoplastia es posible, gracias a la disposición concéntrica de los distintos planos titulares de la cara. Los planos faciales a considerar son: *piel, tejido celular sub-cutáneo, sistema músculo aponeurótico (SMAS), músculos miméticos, fascia parotídea o facial profunda, plano del nervio facial y estructuras profundas como el conducto de Stenon, Bola adiposa de Bichat, arteria y venas faciales* 1.

Esta disposición, permite la disección cuidadosa en los planos subcutáneo o sub-SMAS. 8-10. Este último plano de disección, de acuerdo a la técnica descrita por Sam T. Hamra en la última década, eleva un colgajo compuesto, que incluye piel, celular sub-cutáneo y SMAS, sin perturbar las estructuras subyacentes. El plano subcutáneo, de disección, exige un tratamiento separado del SMAS, que permite una suspensión más versátil.

Incisiones

Con variantes adecuadas a cada paciente, las incisiones básicamente son dos circundando cada pabellón auricular y una tercera en el sub-mentón. Esta última omitida cuando la ptosis cervical es leve. Las auriculares, adoptan la forma de una "V" cuyas ramas recorren las sinuosidades del helix, trago, y lóbulo en el área pre-auricular y se continúan por el surco retroauricular hasta

terminar en el cuero cabelludo. Aquí, con una inclinación del bisturí que permita reseca los excedentes cutáneos sin dejar "orejas" ni dañar los folículos pilosos. En el área pre auricular, la incisión parte en la zona temporal, pudiendo como variante, descender por el borde pre-piloso de la patilla, evitando así el desplazamiento superior de ésta, al hacer el montaje final y resección cutánea anterior.

Suspensión músculo aponeurótica

La corrección de la laxitud del plano músculo aponeurótico, busca recuperar una buena proyección volumétrica del tercio medio de la cara (región malar), definición del reborde mandibular, mejorar el surco nasogeniano y elevar la comisuras bucales, junto con corregir las alteraciones del contorno cervical. El corsé o sostén muscular del cuello lo constituye el músculo platisma, que al alongarse y separar sus bordes, puede formar en su aspecto anterior bandas platismales en grados de I a IV (Baker). El SMAS es fijo sobre la parótida y laxo por delante de ella, por lo que la mejilla se desplaza inferiormente y pende de los ligamentos zigomáticos y mandibular. La corrección de estas alteraciones, se realiza mediante una triple suspensión músculo-aponeurótica, que consiste en: 1.Miorrafia anterior. 2. Suspensión pre auricular 3. Suspensión retro auricular, lo que permite

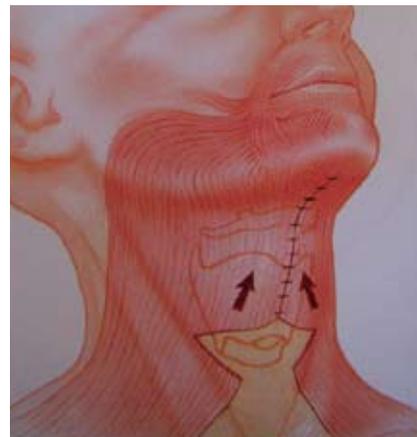


Fig. 8.-Sutura de bordes anteriores del platisma. Sección de inferior de ellos.

reponer el platisma y el SMAS, desplazar la piel y grasa suprayacentes y recuperar los tejidos a su posición anterior.

1. Miorrafia anterior

La miorrafia de los bordes anteriores del platisma, permite eliminar las bandas y la elevación del sub-mentón, recuperando así, el ángulo cérvico-mentoniano. Se efectúa por una incisión sub-mentoniana, disecando sobre el músculo y uniendo los bordes anteriores del platisma mediante una sutura invaginante. Eventualmente se seccionan los bordes musculares inferiormente para facilitar la elevación del ángulo cervical 17. J.Guerrerosantos ha descrito múltiples variantes en la sección anterior y posterior del platisma (Fig.-8).

2. Suspensión pre- auricular

Las variantes de suspensión del SMAS preauricular, aseguran la pexia cervical lateral y anterior y elevan la mejilla. Siendo el SMAS supra- parotídeo fijo, preferimos tallar un colgajo oblicuo por delante de la glándula y luego hacer la suspensión y sutura cerrando el espacio con puntos separados según lo describe D. Baker. En esta zona, debe evitarse el daño al nervio gran auricular, el que emerge a unos 6.5 cm. bajo el conducto auditivo y en su recorrido bajo la fascia del esternocleidomastoideo, da sus ramas al pabellón auricular. Igual cuidado se debe prestar al inicio, durante la elevación del colgajo cutáneo.

3. Suspensión retro- auricular

Un colgajo de SMAS, tallado por delante de la parótida y paralelo al surco nasogeniano puede trasponerse con sutura y suspensión en la fascia mastoidea mejorando más el efecto de definir el cuello bajo la línea mandibular. La plicatura del borde posterior del platisma, completa la definición del reborde mandibular y devuelven el aspecto cilíndrico y juvenil al cuello. En esta zona, debe evitarse durante toda la cirugía, la lesión del nervio gran auricular, que emerge a 6.5cm. bajo el c. auditivo y da luego sus ramas bajo el plano de la fascia del esternocleidomastoideo.

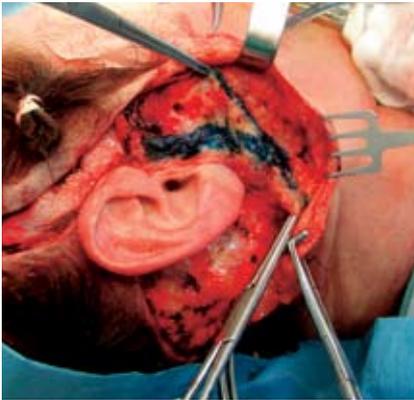


Fig. 9 y 10. Elevado el colgajo cutáneo, se determina la suspensión del SMAS.

Tratamiento de la grasa

La resección grasa, es una de las maniobras que puede dejar secuelas en las ritidoplastías, por lo que debe ser restringida a lo necesario, hecha con delicadeza y cuidadosa hemostasia si se efectúa una lipectomía abierta durante la disección de los colgajos laterales o sub mentoneano. La liposucción se reserva sólo al cuello y cuando éste presenta una adiposidad significativa. Las lipectomía abierta es realizada posterior a la suspensión músculo aponeurótica, ya que así se define mejor la exacta cantidad de la resección grasa.

Piel

El excedente de piel o dermatochalasis, es corregido al final de la cirugía junto con el montaje de la misma en el entorno auricular. Previo a este paso, se hace una prolija

revisión de la hemostasia mediante el uso de pinza bipolar y se dejan instalados los drenajes de vacío (Hemosuc). Los vectores de tracción son esenciales de respetar para evitar pliegues secundarios o dejar un aspecto disarmónico (aspecto de “cara operada”). La resección y suspensión precisas de los colgajos cutáneos, junto a su montaje es esencial para conseguir la naturalidad del resultado 4-6-14. El orden de este montaje que recomendamos es: primero fijar el punto retroauricular, suspendiendo el colgajo cutáneo con una tracción oblicua hacia arriba moderada y resecar el excedente de piel respetando la línea pilosa posterior. Luego, se fija el punto anterior supra-auricular, evitando al elevar verticalmente la piel, el desplazamiento de la patilla. Se reseca luego la piel por el borde posterior del helix y expone el lóbulo de la oreja conservando al máximo, la naturalidad de éste.



Fig. 11. Montaje y resección cutáneas. En la patilla debe compensarse la tracción y resección para evitar “orejas” o desplazamientos.

Se termina con el montaje de la piel del bolsillo temporofrontal o pre piloso, según el tipo de incisión preferido incindiendo en forma oblicua para proteger los folículos (Fig.12,13 y 14).



Fig. 12, 13 y 14. Pasos del montaje y resecciones cutáneas retro y pre auriculares (ver texto).

Por último, se tracciona suave y horizontalmente la piel, para tallar los colgajos que cubren el trago y los bordes de la herida superior e inferior a este, suturando prolijamente los colgajos a las incisiones de la oreja y evitando los estigmas por mala técnica, frecuentes en esta zona (Fig.15 y16).



Fig. 15 y 16. Eliminada la dermatochalasis cérvico facial, el área peri auricular no presenta alteración de forma ni posición.

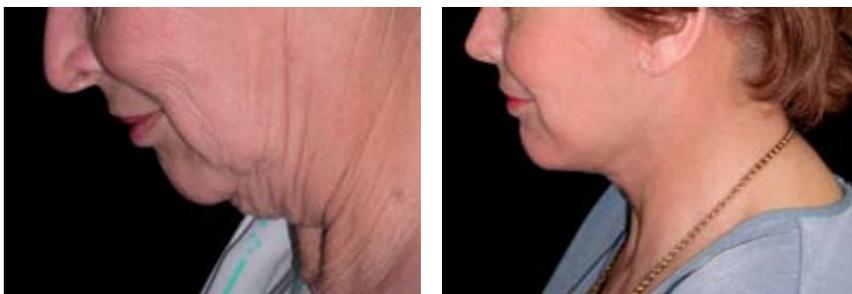


Fig. 17 y 18. La evolución de las cicatrices como la forma de la oreja y cuello, no deben mostrar estigmas de la cirugía.

El lifting cérvico facial exige una evaluación y planificación individual incorporando procedimientos adicionales para un óptimo resultado (Fig.17y 18). Citaremos sin mayor extensión en el tema, los procedimientos agregados de uso más frecuente en el lifting.

Procedimientos adicionales quirúrgicos

Blefaroplastías: Resección de excedente cutáneo y graso de los párpados superiores e inferiores.

Corrección endoscópica del tercio superior: Esta zona, se ha visto particularmente beneficiada con la incorporación de esta técnica, permitiendo sustituir la incisión coronal, que con frecuencia deja áreas alo-

pécicas o denervadas, por mínimas incisiones (5). La endoscopia, puede permitir con precisión, elevar las cejas, tratar las líneas frontales y surcos glabellares mediante la sección de los músculos corrugadores 2.

Esta técnica exige un entrenamiento especial y su difusión a tenido una lenta incorporación en la cirugía del envejecimiento facial.

Procedimientos adicionales no quirúrgicos

Denervación química: Recurrimos a la “denervación química” en especial en el tercio superior de la cara, mediante el uso de la toxina botulínica (tipo A). Se aplican de 30 a 60 U distribuidas en el contorno orbitario externo, glabella y líneas fron-

tales. Al producir una paresia selectiva de los músculos tratados y abolir su expresión mímica, elimina las líneas cutáneas. La técnica es sencilla y relativamente exenta de complicaciones; se deben repetir las inyecciones cada tres a seis meses de acuerdo a la duración de su efecto.

Fillers o Rellenos: En los labios y surcos peri bucales, podemos emplear los rellenos o “fillers”. Entre los más empleados esta el ácido hialurónico, que se presenta como un gel de viscosidad variable según el surco o línea a tratar. Su efecto dura de seis a 12 meses. Consiste en depositar bajo los surcos, en la sub dermis, o en los labios hipoplásicos, un material que no migre ni cambie de consistencia y a la vez que no produzca reacción inflamatoria.

Lipoinyección: Persigue el mismo efecto que los Fillers, pero usando grasa autóloga, obtenida del paciente mediante lipoaspiración. La posibilidad de usar una mayor cantidad de material, permite usarla para relleno de la región malar o mentón. Otra ventaja, es su capacidad de ser refrigerada para un uso posterior.

Peeling o Exfoliaciones: El tratamiento de la piel, líneas y surcos especialmente en la ritidosis del área peri bucal mediante peelings químicos, mecánicos (dermabrasión) o exfoliaciones con láser (erbium o CO2), constituye una clara ventaja a emplear cuando se efectúa un lifting facial, sin embargo, constituyen una carga post operatoria extra para el paciente, quien debe estar informado de los riesgos y exigentes cuidados que estos procedimientos requieren por prolongados periodos. El cirujano, debe estar familiarizado con el manejo de las evaluaciones de la piel de acuerdo a la clasificación de Fitzpatrick, además de los tipos de piel según lubricación, tonicidad, ritidosis, presencia de lesiones cutáneas etc. y su distinto comportamiento frente a la agresión del procedimiento exfoliante. Conocer también, la prevención y tratamiento de las discoloraciones y otras po-

sibles complicaciones frecuentes en estos procedimientos 5-15.

Complicaciones del lifting facial

La más frecuente, sin dudas, es el hematoma, (2-4%) que la mayoría de las veces, se observa precozmente en las primeras 24 horas. En un 90 % o más, esta asociado a una crisis hipertensiva producida al despertar o a la situación de stress por dolor o vómitos. El hematoma debe ser drenado de inmediato, haciendo hemostasia de los puntos sangrantes para evitar el daño a la piel y evitar un prolongado y tórpido post operatorio. El actual uso de "curación abierta", ha permitido disminuir la incidencia de los hematomas y del edema facial prolongado causado por las antiguas curaciones compresivas. Estas, dificultaban el drenaje venoso y linfático causando los problemas adicionales mencionados 13- 17. Las disestesias en la zona preauricular son frecuentes y regresan junto con el edema en un periodo de tres a seis semanas. Las lesiones nerviosas más graves, se producen por lesión del nervio gran auricular, rama temporal del facial (caída de la ceja) o del ramo mandibular del facial (caída de comisura). Estas lesiones se recuperan total o parcialmente en un 83% de los casos 3. Otras posibles complicaciones son las alopecias en las incisiones del cuero cabelludo, necrosis de bordes de herida (fumadores severos). Las cicatrices inestéticas, con frecuencia se deben al cierre con tensión de las heridas o inadecuada sutura de las mismas. Las infecciones, son raras y responden fácilmente a la terapia local.

BIBLIOGRAFÍA

1> Baker. T, Gordon y Stuzin : Surgical rejuvenation of the face. C. V Mosby,San Luis, second edition 1996.

2> Bela Fodor ,P y Isse N.: Endoscopically Asisted Aesthetic Plastic Surgery.

3> Brooke R. Shekel : Facial Danger Zones. QMP, Inc.St, Missouri 1994.

4> Castañares Salvador : Ritidectomía cervico facial. Aspectos generales. : Cir. Pl. Rec. y Estética. Coiffman F. T-III Cap.286. Masson-Salvat S.A . Barcelona 1994.

5> Clark Clifford P. : Alpha Hydroxy Acids in Skin Care: Clinics in Plastic Surgery. Vol.23 N°1. Jan,1996. W.B.Saunders Company.Phil.

6> Connell Bruce F. y Semlacher Roy : Cn-temporary deep layer facial rejuvenation: Plast. Reconstr. Surg. 100, 1513 , 1997.

7> Guerrerosantos. J. :Aesthetic neck lift. Clin.Plast.Surg.,10,3,1983.

8> Hamra Sam, T : Composite Rhytidectomy : QMP, Inc.St, Missouri 1993.

9> Hamra Sam, T : The Rol of Orbital fat preservation in Facial Aesthetic Surgery : Clinics in Plastic Surgery. Vol.23 N°1. Jan,1996. W.B.Saunders Company.Phil.

10> Lemmon, Mark L.: Color Atlas of SMAS Rhytidectomy. Thieme. John M. Goin, M.D. Series Editor 1984.

11> Little J. William: Three-dimentional Rejuvenation of the midface : Plast. Reconstr. Surg. 105, 267 , 2000.

12> Pitanguy Ivo : Ritidoplastía facial y cervical. : Cir. Pl. Rec. Y Estética. Coiffman F. T-III Cap.287. Masson-Salvat S.A . Barcelona 1994.

13> Owsley, J. : Face lifting: Problems, solutions and an outcome study. Plast.Reconstr.Surg. 105, 303, 2000.

14> Rees and LaTrenta : Aesthetic Plastic Surgery . W. B. Saunders Company Philadelphia,1980.

15> Rosemberg Gary J.and GregoryB.R.: Lasers in Aesthetic Surgery. Clinics in Plastic Surgery. Vol.23 N°1. Jan,1996. W.B.Saunders Company.Phil.

16> Skoog Tord : Atlas de Cirugía Plástica. Salvat Edit. S.A, Mallorca Barcelona 1976.

17> Stuzin , JmM.,y Baker, T.J : Reoperative Rhytidectomy . In Reoperative Aesthetic and Reconstructive Surgery. St. Louis : QMP, Inc.1995 .P. 211.

18>Singer George: Nomenclature for Lines and Grooves of the Face : : Plast. Reconstr. Surg.Vol.91. N°3- 540 ,March, 1993.

INFORME PERICIAL REALIZADO A SOLICITUD DE LA DEFENSA

Bogotá D.C., 19 de septiembre de 2022

Doctor

Joan Sebastián Marín Montenegro

Abogado Defensor Armando José Del Valle Rodríguez

Ciudad.

De manera atenta me permito enviar el concepto pericial solicitado por usted con relación a Proceso Civil, en mi calidad de médico especialista en Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva.

I. Motivo de la Peritación:

Evaluar atención del paciente ENRIQUE ERNESTO RIVERA CARDENAS por parte del Dr. ARMANDO JOSÉ DEL VALLE RODRÍGUEZ

II. Documentos recibidos y analizados.

- *Historia clínica del paciente Enrique Ernesto Rivera Cárdenas en papelería con logo de Ciruláser Andes con valoración por el Dr. del Valle, nota quirúrgica del 26 de agosto 2013, notas de enfermería y nota de cancelación de procedimiento del 28 de marzo de 2016*
- *Demanda interpuesta por el abogado Luis Guillermo Caro*
- *Cuestionario remitido por la defensa.*

III. Técnicas empleadas:

Análisis de los documentos allegados para estudio aplicando conocimientos y metodología de revisión de la literatura en área de Cirugía Plástica.

IV. Idoneidad y experiencia del perito

Ver hoja de vida anexa

Juramento

Manifiesto bajo juramento, que se entiende prestado con la firma de este documento, que no me encuentro incurso en ninguna de las causales de impedimento para actuar como perito en el respectivo proceso, acepto el régimen jurídico de auxiliares de la justicia, que poseo la formación académica y experticia profesional para rendir esta opinión pericial. No tengo ningún grado de consanguinidad o parentesco con ninguna de las partes inmersas en este proceso.

De igual forma manifiesto bajo juramento que he actuado leal y fielmente en el desempeño de esta labor, que la opinión pericial que me permito

rendir corresponde a mi real convicción profesional, experiencia, con objetividad e imparcialidad en todos mis actos, sin injerencia de ninguna de las partes.

También manifiesto que no he sido designado como perito médico en procesos anteriores o en el curso de procesos por la misma parte o por el mismo apoderado de la parte, así como tampoco he realizado publicaciones relacionadas con la materia del dictamen que me permito exponer.

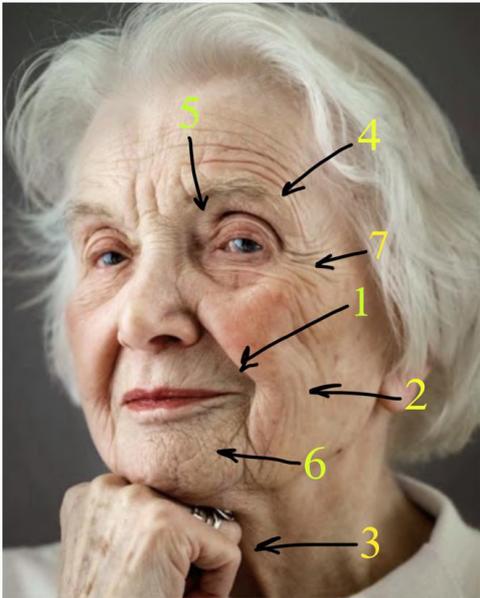
V. Respuesta a las preguntas realizadas por la defensa

1. Según su análisis de la historia clínica puesta a su disposición ¿cuáles fueron las razones por las que el paciente Enrique Ernesto Rivera Cárdenas consultara al Dr. del Valle?

Según la historia clínica puesta a mi disposición, el paciente Enrique Ernesto Rivera Cárdenas pues desea mejoría de las mejillas, surcos naso genianos y marcación de borde mandíbula. En otras palabras, presenta signos de envejecimiento en el tercio medio e inferior de la cara.

2. De manera sencilla, por favor explique qué es una ritidoplastia, cervicoplastia y blefaroplastia superior.

Esas cirugías, también llamadas cirugías de envejecimiento facial, lifting facial, buscan mejorar los signos de envejecimiento de la cara. En efecto, la gravedad y la flacidez de los tejidos son los que revelan en la cara el envejecimiento (ilustración 1)



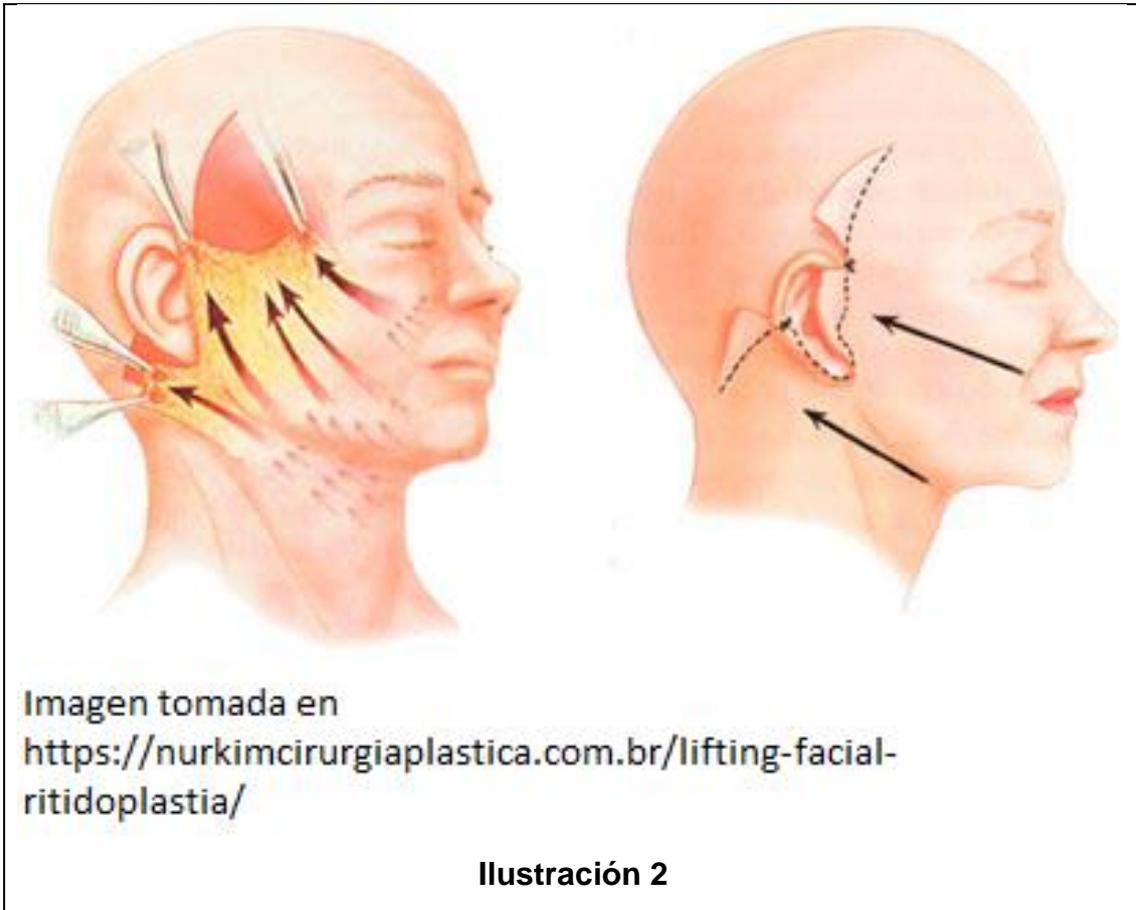
- 1.- surco profundo nasogeniano
- 2.- las mejillas descienden
- 3.- la piel del cuello cuelga Cuello de pavo, (descenso glándula submandibular)
- 4.- se marcan los rebordes óseos
- 5.- aparición de bolsas en los párpados
- 6.- arrugas en la piel
- 7.- patas de gallina

IMAGEN TOMADA EN
<http://www.cirugiaestetica.rcastillo.com/index.php?leng=es&nombremodulo=liftingfacial-ritidoplastia-arrugas-veje>

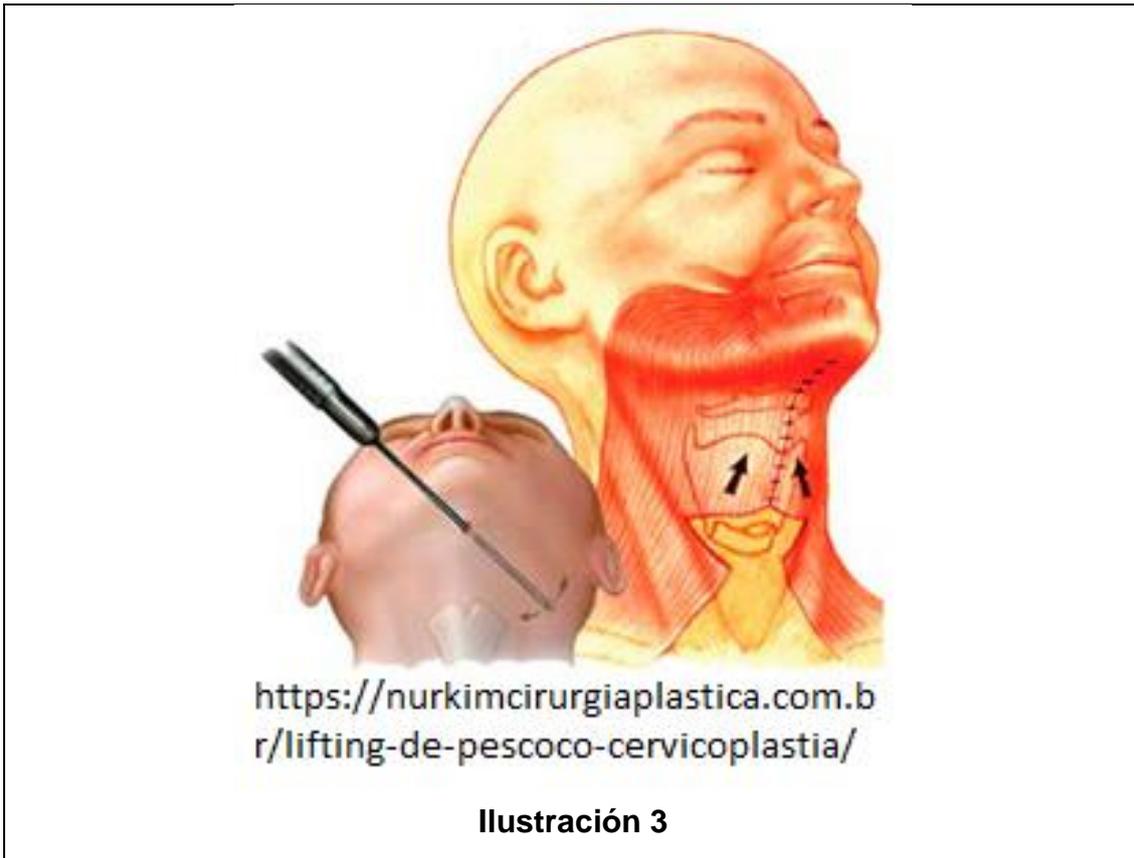
Ilustración 1

La ritidoplastia, a través de una incisión en la región preauricular (delante de la oreja) disecciona las mejillas y la región malar (pómulos)

con el fin de traccionar los tejidos y recortar la piel sobrante (ilustración 2)



En cuanto a la cervicoplastia es la cirugía de rejuvenecimiento de la región cervical. La parte lateral del cuello se puede traccionar a través de la incisión de las mejillas (preauricular) pero la parte central requiere de una incisión en la región submentoniana, similar a la herida que se hacen los niños al caerse en el borde una piscina para retirar los acúmulos grasos y tratar la parte central de las bandas platismales, que son las que dan la apariencia de cuello de pavo. (ilustración 3)



Finalmente, la blefaroplastia superior trata la piel que sobra en el párpado superior.

3. ¿Según su experiencia, en este caso, estaban indicadas las cirugías de ritidoplastia, cervicoplastia y blefaroplastia superior?

Sin duda, Sí estaban indicadas estas cirugías. Por una parte, el paciente consulta pues desea mejorar signos claros de envejecimiento del rostro y estas cirugías buscan precisamente, mejorar esos estigmas del envejecimiento facial.

4. ¿En la historia clínica figura que cirugías le realizaron al paciente Enrique Ernesto Rivera Cárdenas?

Según la descripción quirúrgica (ilustración 4) al paciente le realizaron cirugía de ritidoplastia en mejillas y región malar (“incisión preauricular y disección subcutánea con tijera, disección cervical”, “plicatura del SMAS con monosyn 2-0”, corresponde a lo representado en la ilustración 2), cuello más injerto de grasa en el mentón (“incisión submentoniana para lipectomía submentoniana”, “plicatura del platisma con monosyn 3.0”, corresponde a la ilustración 3). Finalmente “realizan lipoinjerto en el mentón”.

DESCRIPCIÓN QUIRÚRGICA		
<p>Procedimiento: Ritidoplastia, cervicoplastia y Blefaroplastia superior.</p>		
<p>Prima asepsia y antisepsia y Bajo anestesia general y parietal marcación se realiza infiltración con solución salina + adrenalina. Incisiones preauriculares y diseción subcutánea con tijera, diseción cervical. Hemostasia con electrocauterio Se procede a realizar plastrón cervical con monosyn 2-0, plastrón del SMAS con monosyn 2-0. Se procede a marcar, resecar y excisar de Exceso cutáneo. sutura de plano subdérmico con monosyn 3-0 y sutura intradérmica con monosyn 3-0. se deja hemostasia transvernal. En región cervical se realiza incisión submentoniana para infiltración para lipotomía submental. Se procede a realizar plastrón del platismo con monosyn 3-0. Blefaroplastia superior: prima marcación con azul de metileno se procede a marcar y resecar de exceso de piel. hemostasia con cautero. sutura con prolene 5-0. se realiza lipotomía en región de 3 cm de grasa, no hay complicaciones. Cirurgano: Dr. Del Valle Ayudante: Dr. Pineda</p>		
<p>CIRUJANO Dr. Del Valle</p>	<p>SALA 2</p>	<p>CIRCULATNE CAROLINA</p>
<p>INSTRUMENTADORA MAFE</p>	<p>ANESTESIOLOGO Dr. Cortes</p>	<p>TIPO ANESTESIA GENERAL</p>
<p>BOGOTÁ, D.C. TELÉFONOS: 215 2275 - 215 2300 • FAX: 215 0889 • BOGOTÁ, D.C.</p>		

Ilustración 4

- Según la demanda, hizo falta intervenir los pómulos y mentón. ¿Pudo Ud. constatar esto en su revisión de la historia clínica?**
Esto no corresponde a lo que figura en la descripción quirúrgica pues claramente hacen disección de la región malar (esto corresponde a los pómulos) para traccionar las mejillas y realizan lipoinjerto en mentón para hacer un aumento de este y mejore el exceso de piel cervical. Por lo tanto, si realizaron cirugía en los pómulos y mentón.
- ¿Por favor precise si las cirugías de ritidoplastia, cervicoplastia y blefaroplastia superior conllevan cicatrices en el rostro?**

Cómo anoté en la explicación de los procedimientos quirúrgicos, estas cirugías requieren de cicatrices en región preauricular, que se puede extender hasta detrás de la oreja para la ritidoplastia. La cervicoplastia tendrá incisión de abordaje en región preauricular y región submentoniana para tratar la parte central del cuello. Por su parte, la blefaroplastia superior implica una cicatriz en el párpado superior, en el pliegue palpebral.

7. ¿Puede indicarnos qué daños sufrió el rostro del paciente Enrique Ernesto Rivera Cárdenas?

En lo revisado NO es para nada claro cuál es la queja sobre las cicatrices. En la demanda anotan que “la lesión que dejaron en su rostro, la cual consiste en una cicatriz visible en el mentón y en la parte superior de las cejas, que consisten en cortes transversales que no sanaron en debida forma”. Por una parte, la cicatriz esperada en el tratamiento del cuello es en la región submental (ilustración 3). En cuanto a la cicatriz en la parte superior de la ceja no es claro porqué en la ceja. Según la descripción quirúrgica realizaron blefaroplastia superior y no cirugía en la frente o las cejas. Lo esperado como incisión en una blefaroplastia figura en la ilustración 5. En esa imagen se observa la ubicación de la herida en una blefaroplastia superior, en este caso aún con puntos.



Imagen tomada en <https://drlalinde.es/blog/blefaroplastia-superior/>

Ilustración 5

Es muy claro que es imposible hacer estas cirugías sin cicatrices, pero, también lo es, que la calidad de las cicatrices depende del paciente pues es su organismo el que aporta los elementos para sanar las heridas realizadas.

8. ¿Puede un cirujano plástico garantizar que las cicatrices serán imperceptibles?

Esto es totalmente imposible de asegurar pues es imposible predecir cómo será el proceso de cicatrización de cada paciente e, incluso en el mismo paciente, en diferentes etapas de su vida. Es importante entender que el proceso de cicatrización es una serie de eventos que es el organismo del paciente quien lo hace. Por lo

tanto, se pueden presentar cicatrices anormales a pesar de una adecuada técnica quirúrgica. Por esta razón, siempre se advierte en el consentimiento informado que no se pueden asegurar resultados.

9. ¿Es el Dr. Armando José Del Valle Rodríguez idóneo para la realización de la cirugía de ritidoplastia, cervicoplastia y blefaroplastia superior?

Claro que sí lo es. El Dr. del Valle es médico de la Universidad Javeriana, cirujano plástico de la Universidad de Jalisco, México con una amplia trayectoria y experiencia. Por lo tanto, está ampliamente capacitado para la realización de estas cirugías.

VI. Bibliografía

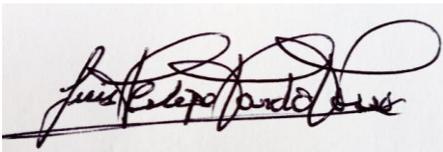
1. Jacobosvsky, L. (2004). Cirugía del envejecimiento facial. *Rev. Méd. Clín. Condes*, 15(1), 20-27.
2. Ventura, O. M., Marcello, G., Marino, H., Buquet, J., & Gamboa, J. (2008). Ritidoplastia con cicatrices cortas: ligamentos de retención y vectores de corrección. *Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana*, 34(1), 51-60.
3. Bandera, R. L., & Pellón, A. L. (2020). Aportes en lifting facial masculino: diseño de las incisiones de abordaje. *Revista Argentina de Cirugía Plástica*, 26(1), 17-22.
4. De-Rungs-Brown, D. R., Manzo-Hernández, M., Zamora-Madrado, A., Martínez-Guzmán, A., & Alegre-Tamez, E. (2021). Diferencias anatómicas quirúrgicas de ritidectomía supra-high SMAS vs ritidectomía con plicatura del SMAS en tres vectores. *Cirugía Plástica*, 31(1), 4-17.
5. Friedland JA1, Lalonde DH, Rohrich RJ. An evidence-based approach to blepharoplasty. *Plast Reconstr Surg*. 2010 Dec;126(6):2222-9.
6. Revelli, D. V. E., & Desio, E. D. Rejuvenecimiento periorbitario: blefaroplastia superior e inferior. Disponible en <http://www.faso.org.ar/revistas/2013/2/11.pdf>
7. Saadeh P. conventional upper and lower blepharoplasty en Aston, S. J., Steinbrech, D. S., & Walden, J. L. (2009). *Aesthetic Plastic Surgery*. Elsevier Health Sciences
8. Hoppmann, R.; Meruane, Ml. Lifting Corto con Incisión Prepilosa y Armonización Facial Global. https://www.researchgate.net/profile/Manuel_Meruane2/publication/259180809_Lifting_Corto_con_Incision_Prepilosa_y_Armonizacion_Facial/links/02e7e52a355160ab46000000.pdf
9. Goulart Jr, R.; Scipioni, A. P. Ritidoplastia: sutura del sistema SMAS-Platisma e importancia de la filosofía de la naturalidad. *Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana*, 2013, vol. 39, no 2, p. 105-119.

INFORMACION DEL PERITO

Numeral	
1	<p>NOMBRE COMPLETO Y CEDULA LUIS FELIPE PARDO POSSE C.C. 19.084.166 de Bogotá.</p>
2	<p>DIRECCIÓN, NUMERO DE TELÉFONO Y DEMÁS DATOS QUE FACILITEN LA LOCALIZACIÓN calle 125 # 20-59, 207. Bogotá D.C. Colombia Email: lfelipe.pardo@gmail.com</p>
3	<p>PROFESIÓN Y TÍTULOS ACADÉMICOS Pontificia Universidad Javeriana. Doctor en Medicina y Cirugía. 1975 Pontificia Universidad Javeriana. Especialista en Cirugía Plástica. 1982 Formación complementaria en otras Unidades Docentes Septiembre 1982 – mayo 1983: Servicio de Cirugía Plástica. Clínica Cráneo-Orbita-Facial. Hospital Manuel Gea Gonzalez. México. Instituto de Cirugía Reconstructiva de Jalisco. Guadalajara. México. New York University Medical Center. School of Medicine. Institute of Reconstructive Plastic Surgery. Shriners Hospitals. Burns Institute. Cincinnati, Ohio. University of California. San Francisco. Division of Plastic, Reconstructive and Hand Surgery.</p>
4	<p>LISTA DE PUBLICACIONES RELACIONADAS CON LA MATERIA DEL PERITAJE QUE EL PERITO HAYA REALIZADO EN LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS <u>SOLO SI LAS TUVIERE.</u> NO HE TENIDO PUBLICACIONES.</p>
5	<p>LISTA DE CASOS EN LOS QUE HAYA SIDO DESIGNADO COMO PERITO EN LOS ÚLTIMOS 4 AÑOS, LA LISTA DEBE INCLUIR JUZGADOS NOMBRE DE LAS PARTES, APODERADOS DE LAS PARTES Y LA MATERIA SOBRE LA CUAL VERSO EL DICTAMEN</p>

	NO HE SIDO PERITO EN LOS ULTIMOS 4 AÑOS.
6	No he sido designado en procesos en curso por el misma parte o por el mismo apoderado de la parte.
7	No me encuentro incurso en las causales contempladas en el artículo 50 del Código General del Proceso.
8	No aplica.
9.	No aplica.
10	En este mismo escrito se relacionan y adjuntan los documentos utilizados para la elaboración del dictamen.

Atentamente,



LUIS FELIPE PARDO POSSE

C.C. 19.084.166 de Bogotá.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **19.084.166**

PARDO POSSE

APELLIDOS

LUIS FELIPE

NOMBRES

[Handwritten signature]
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **11-OCT-1949**

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.70
ESTATURA

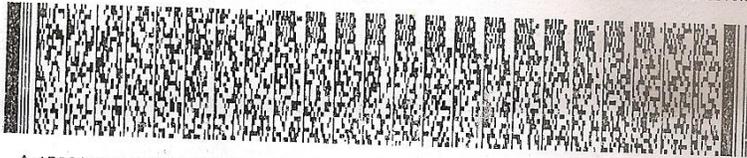
A-
G.S. RH

M
SEXO

28-OCT-1970 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

[Signature]
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-1500100-00094122-M-0019084166-20081012

0004276784A 1

6170011831

BOGOTA, ENERO 31 ,2022

HOJA DE VIDA

DR. LUIS FELIPE PARDO POSSE

Fecha de nacimiento: Octubre 11 de 1949

Lugar: Bogotá. D. C.

Nacionalidad: Colombiana.

Identificación: 19.084.166 de Bogotá.

Estado Civil: casado

Personas a cargo: esposa, 2 hijos.

Idiomas: Español, Inglés.

Registro médico Minsalud : 4285/77

Dirección Consultorio: calle 125 # 20-59 , 207. Bogotá,D.C. Colombia

Teléfonos: (57-1) 2153120/2131684

Dirección Residencia: Molino de la Florida. Casa El Potrillo. Cajica. C/marca.Colombia

Teléfono: (57-1) 8797864

Celular:3202325591

Fax: : (57-1) 2136907

Email: lfelipe.pardo@gmail.com

Pag.Web: www.cirugiaplastica.org.co

Estudios Profesionales:

Pontificia Universidad Javeriana . Doctor en Medicina y Cirugía. 1975
Pontificia Universidad Javeriana. Especialista en Cirugía Plástica. 1982
Formación complementaria en otras Unidades Docentes Septiembre 1982 – Mayo 1983:
Servicio de Cirugía Plástica. Clínica Craneo-Orbita-Facial. Hospital Manuel Gea Gonzalez.
México.
Instituto de Cirugía Reconstructiva de Jalisco. Guadalajara. México.
New York University Medical Center. School of Medicine. Institute of Reconstructive Plastic
Surgery.
Shriners Hospitals. Burns Institute. Cincinnati, Ohio.
University of California. San Francisco. Division of Plastic, Reconstructive and Hand
Surgery.

Experiencia Docente Universitaria:

Desde Junio 1983 hasta la fecha año 2008 Docente asistencial en diferentes Servicios de
Cirugía Plástica y Unidades de Quemados; Universidad Nacional, Hospital General Simon
Bolívar, Universidad Javeriana, Fundación Universitaria San Martín.
Coordinador Programa de Postgrado de Cirugía Plástica. Facultad de Medicina.
Fundación Universitaria San Martín, desde 1998 - 2008.
Cirujano Plástico docente asistencial. Instituto Dermatológico Federico Lleras Acosta,
desde 2000 hasta 2003
Profesor de Cirugía Plástica. Facultad de Medicina. Fundación Universitaria San Martín,
desde 1998-2008

Experiencia investigativa:

Artículos publicados: 29
Capítulos de libros: 2
Videos Docentes: 2

Distinciones Académicas y Gremiales:

Menciones de Honor 2. Congresos Nacionales de Cirugía Plástica. 1983 y 1985
Primer Premio “León Hernández” concurso de Práctica Clínico Quirúrgica. Sociedad
Colombiana de Cirugía Plástica. 1987
El Circulo “K” Del Caribe Mención agradecimiento participación VI Jornada Científica
“Manejo Interdisciplinario del Paciente Quemado” B/quilla Noviembre de 1987.
Mención Honorífica Policía Nacional IV Congreso de Odontólogos Bogotá Sep. 1987.
Academia Latino Americana de Radiocirugía. Programa de Educación Continuada.
Mención Honorífica. 1993.
Huésped de Honor de la Ciudad de Cartagena de Indias por El Alcalde Mayor de
Cartagena de Indias D.C. 18 de Diciembre de 2006.
Condecoración Cruz Cívica del Mérito Asistencial y Sanitario. Otorgada por El Ministro de
Protección Social Diego Palacios. Bogotá D.C. 2007.
Distinción a labor gestión Vice Presidente S.C.C.P. Mayo 2006.
Mención Honorífica a labor gestión Presidente S.C.C.P. Abril 2008.
Mención Honorífica FILACP. Mayo 2008.

Mención Honorífica FUSM a gestión Jefatura Servicio Postgrado. Noviembre 2008.
Mención Honorífica a labor gestión Ex Presidente y Vocal S.C.C.P. Septiembre 2010.
Miembro Honorario S.C.C.P. desde Febrero 2013.

Cargos Directivos:

Representante Nacional a C.I.L.A.P.A.Q. 1987-1990
Presidente Capítulo Colombiano de Quemaduras de la Sociedad Colombiana de Cirugía Plástica, 1987-1989.
Secretario General Sociedad Colombiana de Cirugía Plástica. 1990-1992.
Presidente Seccional Central. Sociedad Colombiana de Cirugía Plástica. 1996-1998.
Coordinador diferentes comités de la Sociedad Colombiana de Cirugía plástica desde 1985.
Coordinador de la Comisión de Estudio del Consejo de Educación de Cirugía plástica de la Sociedad Colombiana de Cirugía Plástica 2001-2006
Secretario General, Fundación Docente, Federación Ibero-Latino-Americana de Cirugía Plástica. FILACP. Enero 2003 .- Abril 2006
Vicepresidente Sociedad Colombiana de Cirugía Plástica, Estética, Maxilofacial y de la Mano Agosto 2004.- Mayo 2006
Presidente Sociedad Colombiana de Cirugía Plástica Estética Maxilofacial y de la Mano, período 2006 a 2008.
Vocal Junta Directiva Sociedad Colombiana de Cirugía Plástica Estética y Reconstructiva 2008-2010
Subdirector del C.A.A.U.D. (Comité de Ayuda para la Acreditación de Unidades Docentes) de la FILACP (Federación Iberolatinoamericana de Cirugía Plástica). Desde Mayo 2006- ABRIL 2008.
Miembro del comité de acreditación y recertificación de la SCCP desde 2001.
Miembro Comité de Ética de la SCCP desde 2018.
Miembro Comité de Estatutos de la SCCP. 2004-2016.
Miembro Comité Asesor SCCP desde 2014.

Asociaciones médicas nacionales a las cuales pertenece: 3
Asociaciones médicas internacionales a las cuales pertenece: 5

Capacitación Docente:

Asistencia a Cursos y Congresos de capacitación Docente: en calidad de conferencista 6,
Ponente 1, Asistente 6.

Capacitación Médica:

Asistencia a Cursos y Congresos Médicos en calidad de: Conferencista 16. Ponente 10.
Asistente 174.

Miembro Recertificado período Noviembre 1, 2011 a Octubre 31, 2016. Consejo de Educación y Recertificación Profesional. S.C.C.P.

Miembro Recertificado período 2016-2020. Asociación Consejo Colombiano de Acreditación y Recertificación Médica de Especialistas y profesionales Afines-Camec y

La Sociedad Colombiana de Cirugía Plástica Estética y Reconstructiva.

Otras Capacitaciones:

ICONTEC. Servicio de Formación. Cursos de Formación de Auditores Internos de Calidad. 1998

ICONTEC. Servicio de Formación. Curso Fundamentación ISO 9000 Estructura y Análisis. Febrero 1999.

ICONTEC. Servicio de Formación. Curso La Planificación de un Sistema de Calidad en Empresas de Servicio. Marzo 1999.

ICONTEC. Servicio de Formación. Curso La Documentación de un Sistema de Calidad en Empresas de Servicio. Abril 1999.

ICONTEC. Servicio de Formación. Curso La Función de Mercadeo y Diseño en Un Sistema de Calidad. Mayo 1999.

Actividad Actual:

Desempeño de mis actividades docentes asistenciales y cargos directivos mencionados. Ejercicio privado e independiente en mi especialidad de Cirugía Plástica.

Calle 125 # 20-59 Of.207
Bogotá, D.C., Colombia
Celular: 3202325591
e-mail: lfelipe.pardo@gmail.com

Hospital General Universitario de la Samaritana

Certifica que el Sr. Dr.

Luis Felipe Pardo Posse

cumplió en forma satisfactoria los requisitos del Programa de Post-grado
en la Especialidad de

Cirugía Plástica y Reconstructiva

entre el 16 de Julio de 1978 y el 16 de Julio de 1982

En constancia se expide y firma el presente en Bogotá, D. C.
a los 2 días del mes de Agosto de 1982



Director

Sub-director

Jefe Departamento

EDUCACION MEDICA
POSTGRADO

Jefe Educación Médica



Sociedad Colombiana de Cirugía Plástica
Estética y Reconstructiva

X

CONGRESO REGIONAL
BOLIVARIANO DE LA
FILACP

Cartagena
Colombia

XXXVI

CONGRESO NACIONAL
DE CIRUGÍA PLÁSTICA
SCCP

La Federación Ibero Latinoamericana de Cirugía Plástica - FILACP &
La Sociedad Colombiana de Cirugía Plástica: Estética y Reconstructiva SCCP

Certifica que:

PARDO LUIS FELIPE

Participó en el X Congreso Regional Bolivariano de la FILACP y en el
XXXVI Congreso Nacional de Cirugía Plástica SCCP en calidad de
ASISTENTE

Equivalente a 100 puntos para el programa de recertificación voluntaria.

Realizado del 13 al 16 de Septiembre de 2017
Cartagena, Colombia.

Guillermo Vázquez, MD

Presidente FILACP

Ricardo Galán, MD

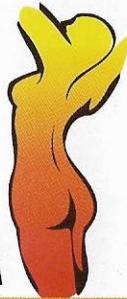
Presidente X Congreso Regional
Bolivariano de la FILACP
Presidente de la SCCP

Tatiana García, MD

Presidente XXXVI Congreso
Nacional de Cirugía Plástica SCCP

XX

**CURSO INTERNACIONAL DE
CIRUGÍA PLÁSTICA ESTÉTICA**



Más allá de la belleza, un tema de ciencia



Sociedad Colombiana de Cirugía Plástica
Estética y Reconstructiva

XX Curso Internacional de Cirugía Plástica Estética

Más allá de la Belleza, un tema de Ciencia

12 al 15 de Septiembre de 2018 - Barranquilla Colombia
Intensidad Horaria 28 Horas

Certifica que:

LUIS FELIPE PARDO

Asistió en calidad de:

PARTICIPANTE

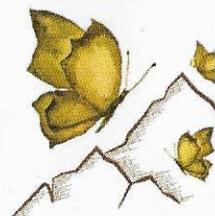
RICARDO MARZUR AYALA, MD
PRESIDENTE XX CURSO INTERNACIONAL DE
DE CIRUGÍA PLÁSTICA ESTÉTICA

TITO TULIO ROA ROA
SECRETARIO GENERAL SCCP

EDUARDO ALONSO SALJA
SECRETARIO XX CURSO INTERNACIONAL DE
DE CIRUGÍA PLÁSTICA ESTÉTICA



Sociedad Colombiana de Cirugía Plástica
Estética y Reconstructiva
Seccional Tayrona



XXXVII Congreso Nacional de la
Sociedad Colombiana de
Cirugía Plástica Estética y Reconstructiva

"Ciencia en busca de armonía, restauración y humanización"

Sociedad Colombiana de Cirugía Plástica Estética y Reconstructiva S.C.C.P

Certifica que

PARDO POSSE LUIS FELIPE

Participó en calidad de Asistente en el
**XXXVII Congreso Nacional de la Sociedad Colombiana
de Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva**

Intensidad horaria: 40 horas

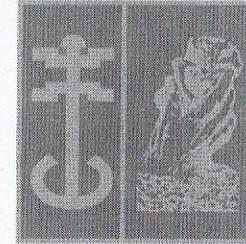
Santa Marta, Colombia - Septiembre 18 al 21 de 2019

DR. ERNESTO BARBOSA LANDINEZ
Presidente de la SCCP

DRA. DAMARIS ROMERO CHAMORRO
Presidente XXXVII Congreso Nacional de
Cirugía Plástica Estética y Reconstructiva SCCP 2019

S I M P O S I O
SEGURIDAD DEL PACIENTE:

UN COMPROMISO PARA TRANSFORMAR VIDAS Y SEGUIR ADELANTE.



Sociedad Colombiana de Cirugía Plástica
Estética y Reconstructiva

Primer Simposio Virtual "Seguridad del Paciente:
Un compromiso para transformar vidas y seguir adelante".
7 al 10 de Octubre de 2020

Certifica que

Luis Felipe Pardo Posse

Asistió en calidad de

Participante

Ernesto Barbosa - MD
Presidente Nacional SCCP

María Isabel Cadena - MD
Directora Científica
del Simposio

Alvaro Arana - MD
Secretario General SCCP



CERTIFICADO

A

LUIS FELIPE PARDO POSSE

Por su participación en el
XII Congreso Bolivariano de la FILACP y
XIV Congreso Boliviano de Cirugía Plástica
en la ciudad de Tarija-Bolivia, 8 al 10 de Abril 2021

Carga horaria: 18 hrs

Tarija, Abril 2021

Dr. Jaime Marquez Cavero
Presidente
Colegio Médico de Bolivia



Dra. Militza Jovick
Presidente FILACP

Dr. Javier Ruiz Barea
Presidente
Sociedad Boliviana de Cirugía Plástica





Sociedad Colombiana de Cirugía Plástica
Estética y Reconstructiva

Fundación
Operación Sonrisa | **25**
Colombia AÑOS

Encuentro de manejo multidisciplinario en labio y paladar hendido

La Sociedad Colombiana de Cirugía Plástica Estética y Reconstructiva – SCCP –
y la Fundación Operación Sonrisa Colombia – FOSC -

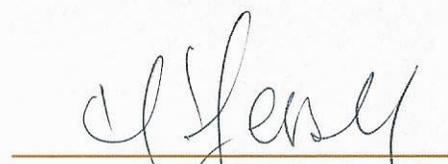
Certifica que

LUIS FELIPE PARDO POSSE

PARTICIPANTE

Asistió al Encuentro de manejo multidisciplinario en
Labio y paladar hendido realizado en Bogotá, D.C., los días 7 y 8 de junio de 2019


Ernesto Barbosa – MD
Presidente Nacional SCCP

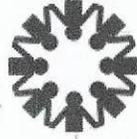

Mauricio Herrera - MD
Presidente del Encuentro y Director Médico FOSC



PHYSICIANS
FOR PEACE
1983-2014 1981-1983



Piel para renacer
FUNDACIÓN DEL QUEMADO



Fundación
Santa Fe de Bogotá

Hace constar que

LUIS FELIPE PARDO POSSE

Participó como Asistente en:

XIII Congreso Internacional de la Fundación del Quemado en alianza
con el I Congreso Mundial Interdisciplinario de innovación en el manejo
del Paciente Quemado de la Fundación Santa Fe de Bogotá
en colaboración con Médicos por la Paz

Fundación Santa Fe de Bogotá, 22 y 23 de agosto de 2019 Bogotá, D.C.

**Roosevelt Fajardo
Gómez MD. FACS.
MBA**

Director Eje de
Educación y Gestión
del Conocimiento

Dra. Linda Guerrero
Directora Fundación
del Quemado

Dra. Viviana Gómez
Coordinadora del
Servicio de Quemados
FSFB



I WebCongress Seguridad del Paciente



Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación S.C.A.R.E.

La Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación S.C.A.R.

HACEN CONSTAR QUE:

Luis Felipe Pardo Posse

Identificado (a) con C.C. No. 19084166

Realizó y aprobó:

El I WebCongress Seguridad del Paciente

Modalidad virtual, del 20 de nov al 03 de Dic de 2018, con una intensidad de 8 horas.



M Vasco

Dr. Mauricio Vasco Ramírez
Presidente - Sociedad Colombiana de
Anestesiología y Reanimación S.C.A.R.E.

Jhuan Pablo Digna

Dr. Gustavo Reyes Duque
Director Ejecutivo - Sociedad Colombiana de
Anestesiología y Reanimación S.C.A.R.E.

Dra. Luz María Gómez Buitrago

Dra. Luz María Gómez Buitrago
Subdirectora Científica - Sociedad Colombiana de
Anestesiología y Reanimación S.C.A.R.E.



*La Asociación Consejo Colombiano de Acreditación
y Recertificación Médica de Especialistas y
Profesionales Afines - CAMEC*



Sociedad Colombiana de Cirugía Plástica
Estética y Reconstructiva

y
La Sociedad Colombiana de Cirugía Plástica Estética y Reconstructiva

Hacen constar que

Luís Felipe Pardo Posse

SCCP – 19.084.166

Se encuentra recertificado en la especialidad de Cirugía Plástica Estética y Reconstructiva

durante el periodo 2016 - 2020

Dado en Cali a los 4 días del mes de Septiembre de 2016

Dr. Hernán Alonso Aponte Varón
Presidente CAMEC

Dra. Lina María Triana Lloreda
Presidente SCCPR

Dr. Jorge Ernesto Cantini Ardila
Presidente Comité CAR

000823

Nursing Continuing Professional Development Certificate

The American Cleft Palate-Craniofacial Association certifies that

Luis Felipe Pardo, MD

Has attended and completed all requirements for the course

ACPA's 78th Annual Meeting

Held virtually from April 29 - May 1, 2021 and offered On-Demand May 2 - June 30, 2021

And is awarded 2.50 AMA PRA Category 1 Credit(s)™

The American Cleft Palate-Craniofacial Association is accredited by the Accreditation Council for Continuing Medical Education (ACCME) to sponsor continuing medical education for physicians.

The American Cleft Palate-Craniofacial Association designates this educational activity for a maximum of 61.5 AMA PRA Category 1 Credit(s)™. Physicians should only claim credit commensurate with the extent of their participation in the activity.



Adam Levy
Executive Director, American Cleft Palate-Craniofacial Association



**American Cleft Palate -
Craniofacial Association**

Keep this certificate for your personal records for four years.

1504 East Franklin Street, Suite 102 | Chapel Hill, NC 27514, USA | meetings@acpa-cpf.org | (919) 933-9044

Certificate of Continuing Medical Education

The American Cleft Palate-Craniofacial Association certifies that

Luis Felipe Pardo

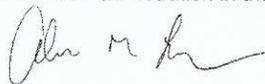
Has attended and completed all requirements for the course

ACPA's 79th Annual Meeting

Held from March 29 - April 2, 2022 and is awarded **22.5** *AMA PRA Category 1 Credit(s)*[™]

The American Cleft Palate-Craniofacial Association is accredited by the Accreditation Council for Continuing Medical Education (ACCME) to sponsor accredited continuing education for physicians.

The American Cleft Palate-Craniofacial Association designates this educational activity for a maximum of **28.5 AMA PRA Category 1 Credit(s)**[™]. Physicians should only claim credit commensurate with the extent of their participation in the activity.



Adam Levy

Executive Director, American Cleft Palate-Craniofacial Association



**American Cleft Palate-
Craniofacial Association**

Keep this certificate for your personal records for four years.

1504 East Franklin Street, Suite 102 | Chapel Hill, NC 27514, USA | meetings@acpa-cpf.org | (919) 933-9044



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

La Secretaría Distrital de Salud
Subdirección de Calidad y Seguridad en Servicios de Salud

Hace Constar que:
LUIS FELIPE PARDO POSSE
C.C.19084166

Participó en la capacitación:
SEGURIDAD DEL PACIENTE PROFESIONAL INDEPENDIENTE

Con una intensidad horaria de **4 horas**, realizado el día 28 de febrero de 2022 en Bogotá, D.C.



Alejandro Gómez López
Secretario Distrital de Salud



*"La presente constancia de asistencia se expide conforme a lo definido en el Decreto 1075 de 2015
Decreto Único Reglamentario del Sector Educación Artículo 2.6.6.8. Educación informal"*



LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

Mediante el registro RCO-0002 del ministerio de trabajo, que avala el proceso de formación acorde con la Resolución No.4927 de 2016 y en su nombre

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

Certifican que

LUIS FELIPE PARDO POSSE

Identificado(a) con documento de identidad No CC19084166

Cursó y aprobó satisfactoriamente el:

Curso de Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST)

Realizado con una intensidad horaria de 50 horas.

Luego de cumplir con las actividades programadas y reunir los requisitos que exigen las normas académicas se firma en Bogotá, Colombia, el 5 de junio de 2022



CAMILO EUSEBIO GÓMEZ CRISTANCHO

Vicepresidente de Promoción y Prevención
de Positiva Compañía de Seguros

LA ASEGURADORA
DE TODOS LOS
COLOMBIANOS



Positiva Compañía de Seguros



@PositivaCS



PositivaCS

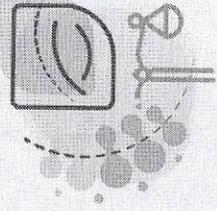


Positiva Colombia



El emprendimiento
es de todos

MiIniciativa



Simposio de actualización sobre
Seguridad en Anestesia
para **Cirugía Plástica**

Del 10 al 12 de mayo 2021

La Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación S.C.A.R.E junto con la Confederación Latinoamericana de Sociedades de Anestesia CLASA hacen constar que:

LUIS FELIPE PARDO POSSE

Identificado (a) con C.C. N° 19084166

Participó en el Simposio de actualización sobre seguridad en Anestesia para cirugía Plástica

Bogotá a los 20 días del mes de mayo del año 2021

Horas certificadas: 6

Dra. Luz María Gómez Buitrago
Subdirectora Científica - Sociedad Colombiana
de Anestesiología y reanimación S.C.A.R.E.



Sociedad Colombiana
de Anestesiología
y Reanimación
S.C.A.R.E.

Organizada:



La Confederación de
Latinoamérica de
Sociedades de
Anestesiología (CLASA)

Dr. Luis Fernando Alvarez Molina
Coordinador del comité de anestesia para cirugía
plástica- Sociedad Colombiana de Anestesiología
y Reanimación S.C.A.R.E.

Ritidoplastia con cicatrices cortas: ligamentos de retención y vectores de corrección

Rhytidoplasty with short scars: retention ligaments and correction vectors



Ventura, O. M.

Ventura, O. M.*, Marcello. G.*, Marino, H.**, Buquet, J.***, Gamboa. J.*

Resumen

Las intervenciones actuales de ritidectomía tienden a emplear abordajes menos extensos, con postoperatorios más sencillos. Los autores exponen las bases anatómicas de las técnicas de suspensión con suturas tractoras que remolcan los tejidos anulando los ligamentos de retención ósteo-músculo-cutáneos. Se analizan y emplean múltiples vectores de corrección.

Abstract

Actually, lifting procedures tend to be less extensive and with a simpler postoperative course. The authors explain the anatomical basis of suspension techniques that use traction sutures to tow the tissues, by-passing the effect of the osteo-muscle-cutaneous ligaments. The different correction vectors used are analyzed.

Palabras clave Ritidoplastia, Estiramiento facial,
Rejuvenecimiento.

Código numérico 260

Key words Rytidoplasty, Lifting, Rejuvenation

Numeral Code 260

* Cirujano Plástico. Hospital Interzonal de Agudos Evita-Lanús y Clínica Estrada. Buenos Aires. Argentina.
** Cirujano Plástico. Instituto Argentino de Diagnóstico y Tratamiento. Buenos Aires. Argentina.
*** Cirujano Plástico. Sanatorio Mater Dei. Buenos Aires. Argentina.

Introducción

En la cirugía del rejuvenecimiento facial han aparecido nuevos conceptos que nos invitan a una revisión de los conocimientos (1). La historia de la ritidoplastia muestra desde sus comienzos una permanente búsqueda de estructuras y planos más profundos para obtener resultados mejores y más duraderos. Actualmente, esta tendencia parece revertirse; es como si finalmente se escuchara la petición de nuestros pacientes de una intervención leve, con postoperatorio corto y mínimas complicaciones.

En un extremo de estas opciones podemos mencionar las técnicas que emplean hilos reafirmantes, recurso simple que, en algunos casos puede satisfacer las expectativas (2-3). En el otro estarían las de *lifting* con mínimo abordaje, que generan cicatrices cortas, preservan las líneas de implantación pilosa y acortan el abordaje retroauricular.

En 1999 Saylan (4) describe una técnica muy parecida a las primitivas denominada S-LIFT con abordaje restringido pre y retroauricular en S invertida, agregando suturas permanentes de suspensión. Stochero (5) en el 2001 publica una sutura en *round block* periauricular que tracciona uniformemente la mejilla. Patrick Tonnard(6) coloca suturas de anclajes parecidas, pero introduce un concepto bien definido: la dirección vertical de la tracción. Esta técnica fue publicada como MACS – Lift (*Minimal Access Cranial Suspension Lift*), se podría resumir como un abordaje preauricular, un despegamiento subcutáneo limitado y puntos de suturas permanentes en forma de U desde el platisma a la aponeurosis temporal profunda con vector vertical, y en “O” o circular con vector oblicuo del SMAS de la mejilla anclándolo también en la misma aponeurosis.

Hace varios años que incursionamos intuitivamente en estos métodos, pero nos convencimos al estudiar los trabajos de Bryan Mendelson sobre los principios de vectores y fijación del SMAS al esqueleto facial.

La descripción del SMAS por Mitz y Peyronie(7) ha sido el aporte fundamental en la cirugía del *lifting* en los últimos 30 años, utilizado y analizado por otros colegas (8-9) y de suma importancia en los procedimientos que desarrollaremos en el presente artículo.

¿QUÉ DEBEMOS SABER PARA CONSIDERAR EFECTIVO UN SIMPLE PROCEDIMIENTO DE SUSPENSIÓN DE LAS ESTRUCTURAS FACIALES PTOASADAS?

1- Conocer los ligamentos de retención de la mejilla al esqueleto facial.

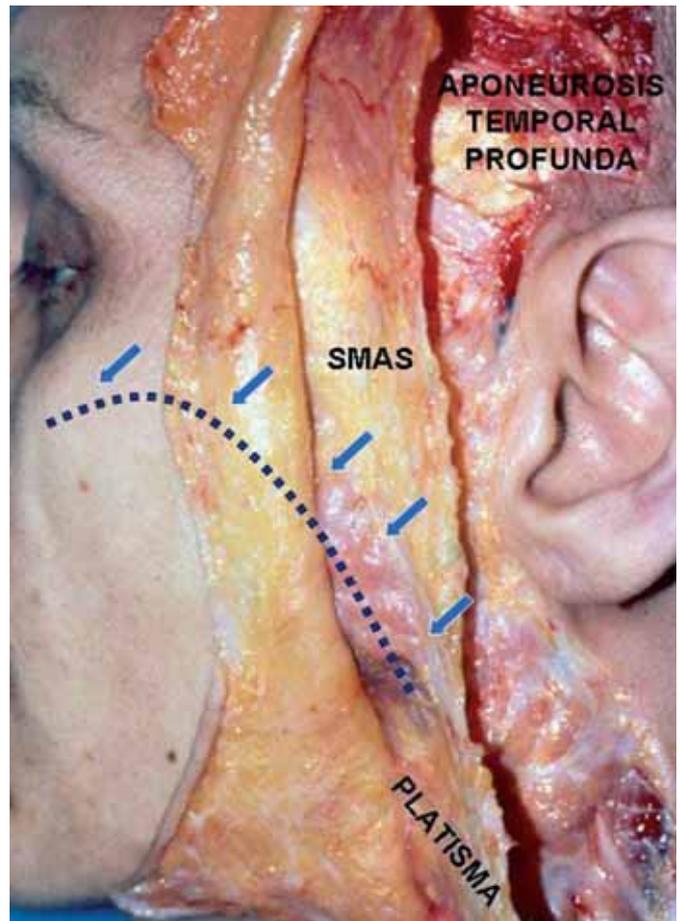


Fig. 1: Distribución de los ligamentos de retención. (Preparado diseccionado por el Dr. Paulo Mateo Santana).

2- Comprender la fisiología de la laxitud de la mejilla en relación al envejecimiento facial.

3- Saber cómo y hacia dónde colocar los puntos de tracción.

Descripción de los ligamentos de retención de la mejilla

Las fijaciones de los tejidos blandos de la mejilla al esqueleto facial tienen forma de L invertida y están formadas por los ligamentos cigomáticos y maseterinos. En el ángulo de la L está el ligamento cigomático principal, inmediatamente lateral al origen del músculo cigomático mayor. La rama horizontal de la L se extiende medialmente a través del cigoma y de la maxila en relación a los orígenes de los músculos cigomáticos mayor y menor y al elevador del labio superior. La rama vertical de la L está formada por múltiples fijaciones fibrosas desde el retinaculi cuti, SMAS, terminando en la fascia profunda del masetero.

Esta delimitación de fijación de la mejilla la divide funcionalmente en dos partes o sectores: lateral o parotidea y medial o de los músculos de la mímica (10-11). La primera (preauricular), es de fácil libera-

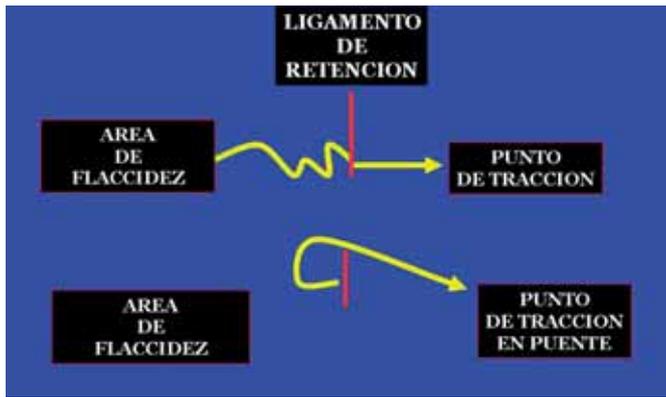


Fig. 2: Esquema ilustrando las suturas puente que anulan los ligamentos de retención.

ción y la segunda (medial) es de difícil disección, porque incluye a los músculos más importantes de la expresión facial y es el área donde se evidencia el envejecimiento (Fig.1)

Originalmente, la cirugía del SMAS se limitaba a la disección de la parte más lateral de la cara, no traspasando el límite ligamentoso vertical, por lo cual no producía ningún efecto en la parte medial de la mejilla. Las llaves de la evolución fueron las técnicas del SMAS extendido, donde la disección liberaba las fijaciones de retención (12-15). Una forma simple de cumplir con el mismo cometido es mediante la tracción del SMAS medio desde el SMAS lateral con puntos de remolque, que salten la línea de fijación en forma de puente anulando el efecto de retención. Esto aclara la efectividad de los puntos de tracción y anclaje de Tonnard, Isse, Stocchero, Zimman, etc. (16-17) (Fig.2)

El reconocimiento de estos ligamentos que fijan el SMAS al esqueleto facial y a la aponeurosis del masetero o fascia profunda es la clave principal de la cirugía facial que utiliza el SMAS, porque si existe un bloqueo entre el punto de fuerza y el área que requiere corrección, no es posible para un colgajo de SMAS mejorar ese área. Por lo tanto, las opciones técnicas para cumplir con el cometido son dos:

- 1- SMAS extendido (liberación de las fijaciones)
- 2- *By-pass* o puente con suturas entre el SMAS medial y el lateral neutralizando los ligamentos de retención.

El patrón anatómico de las fijaciones ligamentosas de la cobertura cutánea facial compartimentaliza la cara y son estas fijaciones las que producen un efecto de estabilización absorbiendo tensiones y limitando los movimientos de la expresión dentro de cada región.

En la juventud existe un balance entre fijación y movimientos. La reducción de la firmeza de los ligamentos por la edad hace que el efecto de la misma

contracción muscular tienda a producir un gran desplazamiento de los tejidos blandos de ese compartimento y se transmite al vecino en un efecto dominó.

Obviamente, la influencia de la gravedad es la misma en la juventud que en la vejez, pero el desplazamiento de los tejidos con la gravedad es limitado en la juventud. El descenso de los tejidos por efecto de la gravedad solo ocurre cuando estos han comenzado a relajarse.

Existen múltiples vectores de desplazamiento tisular en el rostro envejecido. La corrección de cada vector de desplazamiento requeriría idealmente de un vector propio de corrección.

Cuando se aplica una fuerza en una dirección particular, por ejemplo vertical, el resultado es máximo en esa dirección; pero existe también un efecto en el ángulo de la fuerza primaria que genera un componente secundario horizontal y de desplazamiento posterior (18). Llevado a la práctica, una tracción desde el platismo con vector vertical tiene un componente vertical principal que favorece a las partes blandas del ángulo mandibular y un componente horizontal que beneficia a los tejidos ptóticos del borde mandibular. En un rejuvenecimiento facial, a cada área le puede corresponder un vector principal y uno secun-



Fig. 3: Diferentes áreas faciales con los vectores correspondientes a cada una.

dario de corrección. Como ejemplo, a nivel medio de la mejilla, el vector deberá ser oblicuo para reducir distorsiones, como abultamientos de piel en el área de la pata de gallo.

A nivel del área cigomática central, puede aplicarse un vector vertical sobre el orbicular con un efecto principal o primario en esa dirección y uno secundario oblicuo generando un *lifting* de corrección del triangulo central de la cara o región cigomática-geniana.

La localización de cada sutura causa un efecto direccional distinto de soporte. En la práctica dividimos la región facial en cuatro áreas:

- 1- Area mandibular
- 2- Area cervical
- 3- Area cigomática lateral
- 4- Area cigomática central

Cada área tendrá un tratamiento particular y según el caso podrán ser tratadas todas o sólo algunas de ellas, pero en esta secuencia (Fig. 3).

TECNICA QUIRURGICA

1- Area mandibular

Mediante abordaje preauricular con prolongación horizontal en patilla y retroauricular de 15 mm., se disecciona el plano subcutáneo no más allá de 5 cm. Colocamos un punto en "U" de poliéster trenzado (Ethibon® 2-0) que tracciona con el vector principal vertical desde el platismo submandibular y se ancla en la aponeurosis temporal profunda. De esta forma se genera la acción de un vector secundario de dirección horizontal y posterior, mejorando la zona mandibular y moderadamente el cuello.

Esta área es la más importante y clave en el resultado final de la cirugía, por lo que el punto debe ser lo suficientemente fuerte para sostener la mejilla.

2- Area cervical

Este área se mejora con una o dos suturas de Ethibon® 3-0 con vector horizontal de tracción desde el platismo a la aponeurosis mastoidea, asegurando y reforzando la acción del vector secundario de la técnica descrita para el área 1. Compite con el vector principal vertical de esa área, por lo cual recomendamos hacerlo después del anterior.

3- Area cigomática lateral

Mediante el mismo abordaje del área 1 se coloca una sutura tipo poliéster trenzado (Ethibon® 3-0) tipo jareta o en "O" que toma el SMAS de la mejilla por delante y detrás de la línea de los ligamentos de fijación y retención vertical. Este punto se anuda y se

fija en la aponeurosis temporal profunda. El vector de tracción es oblicuo

4- Area cigomática

A través de un abordaje subciliar, se disecciona en el plano subcutáneo un sector de 13 mm. de promedio, en relación al exceso cutáneo que se presume reseccionar. Se extirpan las bolsas adiposas internas y media si es necesario; la externa se tratará al final. Con maniobras de pinzamiento y tracción vertical del músculo orbicular se busca el punto óptimo de tracción cuya movilización provoque un evidente estiramiento del área cigomático-geniana. Una vez establecido el mismo, y a partir de él, se realiza una miectomía en forma romboidal. Su límite superior está dado por una línea horizontal que parte del ángulo externo del párpado. El tamaño de la resección se trasladará al párpado opuesto para lograr simetría en la tracción. Si la bolsa grasa externa protruye bajo el septo, se retraerá fulgurándola superficialmente con radiofrecuencia. A través del abordaje del párpado superior y el posible tra-

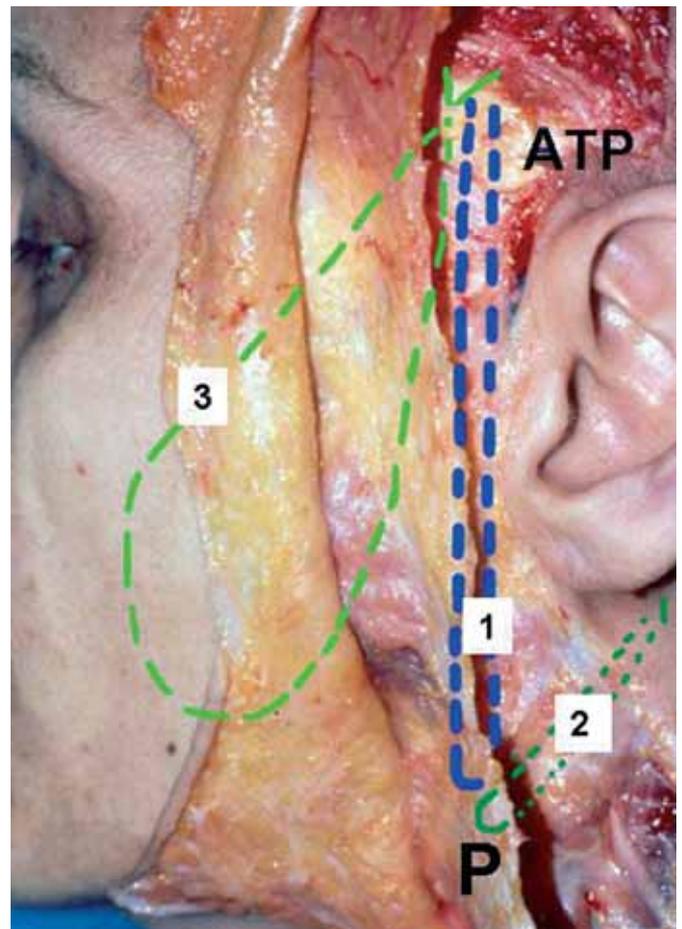


Fig. 4: 1-Punto de poliéster trenzado 2/0 que en trayecto en "U", entrando y saliendo en el SMAS preauricular, toma el platismo y lo ancla a la aponeurosis temporal (ATP) profunda. 2 - Punto del platismo a la aponeurosis mastoidea. 3- Round Block con poliéster trenzado 3/0 desde el SMAS medio y lateral, que se fija y anuda en la ATP.



Fig. 5: Punto de tracción vertical con nylon monofilamento 4/0 desde el orbicular al reborde orbitario.

tamiento del ROOF, exponemos el reborde orbital superior en su tercio externo, donde tomamos el periostio con nylon 4/0 y en un trayecto submuscular descendente se toma el borde del músculo orbicular. La aguja, haciendo el camino inverso, se anuda en el reborde orbital con la tensión necesaria para contactar los bordes musculares remanentes. Debemos reseca un importante exceso cutáneo, correspondiente al tejido desplazado. Si se ejecutan estas maniobras de la manera descrita, no hay posibilidad de error por hiper o hipocorrección (Fig. 4, 5).

Material y método

Hemos operado 150 casos en los últimos 7 años (2000-2007) con algunos de los principios descritos, pero sin una sistematización definida. Probamos materiales de suturas, puntos de fijación, vectores, planos de disección, tensiones etc. Dentro de la metodología desarrollada en esta presentación pueden considerarse 35 de estos casos en los que usamos el protocolo descrito.

Todos los pacientes fueron mujeres con tejidos ptóticos en la región cigomática, mandíbula, mejilla y cuello, este último con moderado exceso cutáneo (Fig.6, 7).

La edad promedio de las pacientes fue de 54.8 años y las áreas tratadas al mismo tiempo fueron la 1,2,3 y 4 en 21 casos (60%), 1, 2 y 3 en 11 casos (31,43%) y el área 4 en forma única en 3 casos (8.57%) (Tabla I).

Tabla I. Áreas de tratamiento sobre 35 casos

Edad promedio: 54.8 años. Sexo: femenino					
CASO	EDAD	ÁREA			
		3	4		
1	45	X	X	X	X
2	50	X	X	X	
3	60	X	X	X	
4	65	X	X	X	
5	47				X
6	70	X	X	X	X
7	61	X	X	X	X
8	64	X	X	X	
9	55				X
10	53	X	X	X	X
11	59	X	X	X	
12	47	X	X	X	
13	41	X	X	X	X
14	68	X	X	X	X
15	61	X	X	X	X
16	40	X	X	X	
17	54	X	X	X	X
18	58	X	X	X	X
19	53	X	X	X	
20	62	X	X	X	
21	49	X	X	X	X
22	52	X	X	X	X
23	57	X	X	X	X
24	48	X	X	X	X
25	66	X	X	X	X
26	63	X	X	X	X
27	48	X	X	X	X
28	45	X	X	X	
29	57	X	X	X	X
30	61	X	X	X	X
31	40	X	X	X	X
32	62	X	X	X	X
33	54	X	X	X	X
34	48				X
35	57	X	X	X	



Fig. 6: Paciente de 48 años. A-B-C: preoperatorio. D-E-F: post peratorio a los 18 meses con tratamiento de las áreas 1, 2, 3 y 4.

Áreas Tratadas	Nº de Pacientes	%
1- 2- 3 -4	21	60,00
1- 2- 3	11	31,43
4	3	8,57
PACIENTES TOTALES	35	

Discusión

Cuando el paciente consulta solicitando un mejoramiento facial, a menudo nos muestra la requerida mejoría mediante la simple maniobra de tensar los tejidos de la mejilla con los dedos en el área mandi-

bular y/o malar en dirección vertical y no empleando los múltiples factores descritos en la literatura como causa del envejecimiento.

¿Podemos corresponder este requerimiento? Si. La posibilidad está en nuestras manos utilizando métodos de suspensión de los tejidos ptósicos mediante los vectores apropiados, conformando procedimientos antigraavitacionales.

La clave del éxito en estos casos es saber dónde tomar y anclar los puntos de sostén. El conocimiento de los ligamentos de retención de la mejilla es fundamental para que la tracción no se interrumpa por un punto fijo en el trayecto. La aponeurosis temporal profunda por encima de la arcada zigomática es un excelente sitio de anclaje, donde el punto queda sepultado profundamente. Es también posible suturar la aponeurosis temporal superficial sobre ellos, no



Fig. 7: Paciente de 65 años A-B-C: preoperatorio. D-E-F: postoperatorio a los 6 meses, con tratamiento de las áreas 1,2 y 3. G-H-I, postoperatorio a los 20 meses. J: ausencia de cicatrices visibles retroauriculares.

corriendo riesgo de exposición si el colgajo cutáneo o la sutura de piel sufrieran algún inconveniente.

Preferimos extender el abordaje retroauricular 1-2 cm como lo propone Baker (19) para colocar el punto necesario del área 4. Esto genera pliegues cutáneos que se aplanan 30 días después; de ser necesario, pasado este tiempo es posible un pequeño retoque sobre la zona. Cuando quisimos evitar este abordaje y aplicar estrictamente el M.A.C.S., hemos visto pliegues verticales que parten del lóbulo auricular a la zona submandibular. No realizamos smasectomía, pues creemos en el concepto de conservación volumétrica en las cirugías de rejuvenecimiento facial (20-21).

La utilización de material irreabsorbible es fundamental, pues si queremos un anclaje firme y estable, el elemento que lo ejecute debe ser confiable y perdurar en el tiempo. No podemos afirmar que en el futuro haya adherencias y fijaciones naturales de los tejidos movilizados en el nuevo lugar. La corrección dura lo que dura el punto de tracción. Confiamos esta responsabilidad al poliéster de dacrón trenzado 2-0 y 3-0 (Ethibond Excel ®) para todas las áreas salvo la 4, en la que usamos nylon monofilamento 4-0.

Conclusiones

En nuestra experiencia y en publicaciones de otras colegas, comprobamos que en muchos casos de tratamiento de los signos de envejecimiento facial es útil el empleo de suturas de tracción con vectores definidos para cada área. Estos puntos deben sortear en forma de puente los ligamentos de retención y deben ser anclados a superficies inextensibles como la aponeurosis temporal profunda o el periostio del reborde orbital.

Evaluaciones futuras darán cuenta de la durabilidad o estabilidad de los buenos resultados obtenidos hasta la fecha. Creemos que las valoraciones estadísticas no serán posibles, pues los casos tratados conforman una muestra heterogénea. Las comparaciones con los procedimientos clásicos generarán una discusión prolongada en el tiempo. Por el momento, con esta simple técnica, observamos en los pacientes un amplio grado de satisfacción que, en definitiva, es el objeto de nuestra actividad.

Dr. Omar Darío Ventura

Valentín Alsina 471, Adrogué-(1846)- Buenos Aires-Argentina

e-mail: oventura@intramed.net.ar

Bibliografía

1. **Gagliardi, E.:** "Ritidoplastia" Sesión interuniversitaria de la Sociedad de Cirugía Plástica de Buenos Aires. Asociación Medica Argentina, Buenos Aires, 2007
2. **Vázquez, G.:** "Facial Percutaneous Suspension". *Plast. Reconst. Surg.* 2005, 116: 656.
3. **Mogliani, M.:** "Tracciones localizadas en cara y cuello mínimamente invasivas". *Revista Argentina de Cirugía Plástica* 2004, Volúmen X, número 4.
4. **Saylan, Z.:** "The S-lift: Less is more". *Aesth. J.* 1999, 19: 406.
5. **Stocchero I.:** "Shortscar face-lift with the round block SMAS treatment: a younger face for all". *Aesth. Plast. Surg.*, 2007, 31:275.
6. **Tonnard, P., Verpaele, A., Monstrey S., Van Landuyt K., Bolondeel P., Hamdi M., Matton G.:** "Minimal access cranean suspension lift: a modified S-Lift" *Plast. Reconst. Surg.*, 2002, 109: 2074.
7. **Mitz V., Peyronie M.:** "The superficial musculo-aponeurotic system (SMAS) in the parotid and cheek area". *Plast. Reconst. Surg.* 1976, 58: 80.
8. **Morales P.:** "Repeating rhytidoplasty with SMAS, malar fat pad, and labiomandibular fold treatment: the No primary procedure". *Aesth. Plast. Surg.* 2000, 24:364.
9. **Calderon W., Andrades P., Israel G., Cabello R., Leniz P.:** "SMAS graft of the nasolabial area during deep plane rhytidectomy". *Plast. Reconst. Surg.* 2004; 114: 559.
10. **Mendelson B.:** "SMAS fixation to the facial skeleton: rationale and results". *Plast. Reconst. Surg.*, 1997, 100: 1834.
11. **Furnas DW.:** "The retaining ligaments of the cheek". *Plast. Reconst. Surg.* 1989, 83: 11.
12. **Hamra S.:** "The Composite rhytidectomy" *Plast. Reconst. Surg.* 1992, 90: 1.
13. **Fuente del Campo A.:** "Midline platysma muscular overlap for neck restoration". *Plast. Reconst. Surg.* 1998, 102: 1710.
14. **Stuzin J., Baker T.J., Gordon H. and Baker T.M.:** "Extended SMAS dissection as an approach to midface rejuvenation" *Clin. Plast. Surg.* 1995, 22:295.
15. **Hamra S.:** "The triplane face lift dissection". *Plast. Reconst. Surg.* 1984, 12:268.
16. **Isse N.:** "Panel Discussion – The controversial contour threads" *Plast. Reconst Surg.* 2006, 118: 2.
17. **Zimman O.:** "Ritidoplastia con cicatrices cortas" Congreso Argentino de Cirugía Plástica. Rosario-Argentina, 2006.
18. **Mendelson B.:** "Surgery of the Superficial Musculoaponeurotic System: principles of release, vectors, and fixation". *Plast. Reconst. Surg.* 2001, 107: 1545.
19. **Baker D.:** "Minimal incision rhytidectomy (short scar face lift) with lateral SMAsectomy: evolution and application". *Aesth. Plast. Surg.* 2001, 21: 14.
20. **Herrera J.:** "Ritidoplastia" Sesión interuniversitaria de la Sociedad de Cirugía Plástica de Buenos Aires. Asociación Medica Argentina, Buenos Aires, 2007
21. **Little J.:** "Volumetric perceptions in midfacial aging with altered priorities for rejuvenation" *Plast. Reconst. Surg.* 2000, 105:252.

Comentario al trabajo «Ritidoplastia con cicatrices cortas: ligamentos de retención y vectores de corrección»

Dr. Ithamar Nogueira Stocchero. Jefe del Departamento de Cirugía Plástica del Hospital Santa Catarina, São Paulo, Brasil.

He leído con mucho agrado el trabajo del Dr. Ventura. Por el hecho de estar relacionado con las suspensiones en ritidoplastia desde los años 80, incluso sin conocer el trabajo de Furnas (1989) (1) sobre los ligamentos de retención de la cara, tuve serias restricciones a su aceptación al igual que el resto de cirujanos plásticos que estábamos encantados con los despegamientos amplios y las disecciones profundas.

Aún así, tenía la sensación de que debía cambiar de rumbo, buscar lo que mis pacientes deseaban: “Doctor, necesito regresar a mi trabajo; y con la misma cara”.

Si yo buscaba disminuir las cicatrices, hacer que no hubiera limitaciones al corte de cabello o al tipo de peinado, si ya trabajaba la cara con lipoaspiración en algunos casos, solo me faltaba descubrir cómo mantener el resultado de las suspensiones de las estructuras internas durante más tiempo. Y nació en 1990 lo que llamé “Criss-cross face sutures”, que consistía en una suspensión malar anclada a la fascia temporal, asociada a otra de platisma en su porción lateral, anclada a la región mastoidea.

Fue un buen principio para trabajar con suspensiones, pero tenía limitaciones en cuanto a los vectores de actuación: apenas eran dos. Comencé a comprender que los compartimentos de la cara eran independientes; la acción ejercida en un sector no se transmitía al otro; aunque se hiciese un despegamiento de la piel, que se deslizase de un área a otra, la acción sobre la profundidad se llevaría a cabo apenas en los compartimentos musculares correspondientes. La ganancia temporal obtenida con los despegamientos amplios me dejó de parecer tan interesante si la comparábamos con el incremento de los riesgos.

Con esta idea de los compartimentos me fue más fácil comprender los buenos resultados y los insuficientes (Fig.1, según mi punto de vista, muy cercano al del Dr. Ventura). El imaginar que la actuación sobre el área de los músculos elevadores pudiera transmitirse al área de los depresores o a la región risorio-maseterina, se me volvió imposible; menos aún el involucrar el platisma o el esternocleidomastoideo; sonaba inverosímil.

Este concepto nos dirigió desde 1995, cuando ideamos el “Round block SMAS treatment”. Pueden verse también las publicaciones de Duminy y Hudson (1997), Saylan (1999), nuestra primera publicación en 2001 tras 5 años de experiencia (2,3) y las de Tonnard y Verpaele (2002). Todas acreditan la eficacia del tratamiento con suspensión facial. Y fuimos todos valientes al trabajar en sentido contrario a la época, que cada vez más buscaba soluciones agresivas para el rejuvenecimiento facial.

El tiempo pasó y hoy, la suspensión como opción quirúrgica es una realidad mundial. Cada vez más cirujanos nos brindan sus trabajos y enfoques para validar esta manera de ejercer la cirugía, y cada vez más pacientes se interesan por el “menos es más”.

En su trabajo, el Dr. Ventura está muy satisfecho con su explicación sobre la actuación de la suspensión en las diferentes regiones faciales y su visión de la acción de los vectores resultantes de estas interferencias. Discurre con maestría sobre la anatomía relacionada y la acción de los puentes de transferencia de tracción entre las diferen-



Fig. 1

tes zonas de la cara, a la vez que demuestra su conocimiento sobre la esencia del interés de aquellos que buscan este tipo de resultado, casi sin traumatismo.

Aunque cada uno se basa en su realidad (para mí, una distribución de la tensión elevatoria a través de una sutura circular continua, que respeta las características individuales, creando una redistribución de fuerzas con conducta dinámica), la verdadera respuesta se da por el aumento de solicitud de este tipo de cirugía por parte de los pacientes. La ley del mercado es soberana.

Lo que resulta definitivo es que las técnicas de suspensión facial vinieron para quedarse. Tienen su público. Ofrecen una recuperación indudablemente más rápida, permiten tolerancia a hábitos como el tabaquismo y una vuelta temprana al ejercicio; ciertas patologías que impedirían un *lifting* tradicional, más agresivo, no son tampoco limitación para estas técnicas. Es más, amplían el mercado de trabajo, atrayendo a personas más jóvenes, además de a aquellas que vuelven a buscar una nueva intervención por no haber sufrido tanto en su primer estiramiento facial. Acortan también el intervalo entre operaciones.

Como dice Pitiguilli en su genial obra Luz y sombra: “la verdad es como una plaza; cada uno la ve desde su ventana”.

Mis sinceros elogios al Dr. Ventura y a sus colaboradores.

Bibliografía

1. Furnas DW.: “The retaining ligaments of the cheek”. *Plast. Reconstr. Surg.* 1989, 83: 11
2. Stocchero IN.: “The Roundblock SMAS treatment”. *Plast. Reconstr. Surg.* 2001, 107 (7): 1921.
3. Stocchero IN.: “Short scar face-lift with the Roundblock SMAS treatment: a younger face for all”. *Aesth. Plast. Surg.*, 2007, 31(3): 275.

Comentário sobre o trabalho «Ritidoplastias con cicatrices cortas: ligamentos de retención y vectores de corrección»

Dr. Ithamar Nogueira Stocchero. Chefe do Departamento de Cirurgia Plástica do Hospital Santa Catarina, São Paulo, Brasil.

Foi com muito prazer que li o trabalho do Dr. Ventura. Por estar envolvido com suspensões em ritidoplastias desde os anos 80, ainda sem conhecer o trabalho de Furnas (1989) sobre os ligamentos de retenção da face, tive minhas idéias bastante restringidas em sua aceitação junto ao círculo de cirurgiões plásticos que, assim como eu também estivera, encontravam-se encantados com a amplitude dos descolamentos e com as disseções profundas.

Ainda assim, tinha a sensação de que deveria mudar o rumo, buscar o que meus pacientes desejavam: “*Doutor, preciso voltar logo ao meu trabalho; e com a minha cara!*”.

Se eu já buscava diminuir as cicatrizes, fazer com que não houvesse restrições ao corte de cabelo, tipo de penteado; se já trabalhava apenas com lipoaspiração da face em vários casos, só me faltava descobrir como manter o resultado das suspensões das estruturas internas por mais tempo. E nasceu, em 1990, o que chamei de “*Cris-cross face sutures*”, consistindo de uma suspensão malar ancorada na fascia temporalis, associada a uma outra, do platisma em sua porção lateral, fixada à região mastóideia.

Foi um bom princípio para trabalhar com suspensão, mas tinha limitações quanto aos vetores de atuação: eram apenas dois. Comecei a compreender que os compartimentos da face eram independentes; a ação exercida em um setor não se transmitia ao outro; ainda que se fizesse um descolamento da pele, que se deslizasse a mesma de uma área a outra, a ação sobre a profundidade se daria apenas nos compartimentos de ação muscular pertinente. O ganho temporário obtido com os descolamentos ampliados deixou de me parecer tão interessante, quando comparado ao incremento dos riscos.

Com esta idéia de compartimentos estabelecida, ficou mais fácil compreender os bons resultados, assim como os insuficientes. Imaginar que a atuação sobre a área dos músculos elevadores pudesse ser transmitida à área dos depressores, ou à região risório-masseteriana, tornou-se impossível; menos ainda à que envolve o platisma e o esternocleidomastóideo; soava inverossímil.

E tal conceito nos norteou desde 1995, quando idealizamos o RoundBlock SMAS Treatment. Vieram as publicações de Duminy and Hudson (1997); Saylan (1999); nossa primeira publicação, após

cinco anos de experiência (2001); Tonnard e Verpaele (2002). Todos acreditando na eficiência do tratamento com suspensão da face. E fomos todos valentes ao trabalhar em sentido contrário ao da época, que mais e mais buscava soluções agressivas para o rejuvenescimento facial.

O tempo passou e hoje a suspensão como opção cirúrgica é uma realidade mundial. Cada vez mais cirurgiões nos brindam com seus trabalhos e enfoques para validar esta maneira de exercer a cirurgia, e cada vez mais pacientes se interessam *pelo menos que é mais!*

Neste trabalho do Dr. Ventura está muito feliz a explicação sobre a atuação da suspensão nas diferentes regiões da face e sua visão de ação dos vetores resultantes destas interferências. Discorre com maestria sobre a anatomia envolvida, a ação das pontes de transferência de tração entre as diferentes zonas da face, e demonstra conhecimento sobre a essência dos interesses dos que buscam este tipo de resultado, quase sem traumas.

Ainda que cada um sinta a sua realidade (para mim, a distribuição da tensão elevatória de uma sutura circular contínua, que vai respeitar as características individuais, fazendo com que haja um rearranjo de forças com esta conduta dinâmica), a verdadeira resposta se dá no aumento de procura por parte de seus pacientes. A Lei do Mercado é soberana.

O que é definitivo é que as técnicas de suspensão da face vieram para ficar. Têm seu público, têm seu alvo. Oferecem uma recuperação inegavelmente mais rápida, permitem tolerância com hábitos como o tabagismo, permitem uma volta precoce aos exercícios; certas doenças que impediriam um lift tradicional, mais agressivo, não são limitantes para tais técnicas. E mais, ampliam o mercado de trabalho trazendo pessoas mais jovens, além das que voltam a buscar uma nova cirurgia por não terem sofrido tanto em seu primeiro lift facial. Encurtam o intervalo entre re-operações.

Como disse Pitigrilli em sua genial obra “*Luz e Sombra*”: *A verdade é como uma praça; cada um a vê de sua janela!*

Meus sinceros cumprimentos ao Dr. Ventura e seus colaboradores.

Respuesta al comentario del Dr. Ithamar Nogueira Stocchero

Dr. O. D. Ventura

En primer lugar quiero agradecer al Comité Científico de la Revista por el honor que nos conceden al designar al Dr. Stocchero para comentar nuestro trabajo. En sus consideraciones nos ayuda a reafirmar ideas importantes en un tema de actual debate, que Ithamar recorre desde hace más de 20 años. Son conceptos y principios

técnicos no compartidos por todos nuestros colegas, pero al final quizás todos tengamos algo de razón. Usando una cita de Bryan Mendelson (PRS 2000) de Marvin Minsky: “*Si usted entiende algo de una sola forma, entonces realmente no lo entendió del todo*”.

Muchas gracias Dr. Stocchero por su comentario.



Diferencias anatomoquirúrgicas de ritidectomía *supra-high* SMAS vs ritidectomía con plicatura del SMAS en tres vectores

Surgical anatomical differences of SMAS *supra-high* rhytidectomy vs rhytidectomy with plication of the SMAS in three vectors

Dr. David Roland De-Rungs-Brown,* Dr. Martín Manzo-Hernández,*
Dr. Adolfo Zamora-Madrado,‡ Dr. Armando Martínez-Guzmán,§ Dr. Eduardo Alegre-Tamez*

Palabras clave:

Ritidectomía, sistema musculoaponeurótico superficial, plicatura, ritidosis facial, técnica quirúrgica.

Keywords:

Rhytidectomy, superficial musculoaponeurotic system, plication, facial rhytidosis, surgical technique.

RESUMEN

Se han proporcionado descripciones para múltiples técnicas de ritidectomía, unas con mayor manipulación de los tejidos y en consecuencia mayor duración de la cirugía, una recuperación más lenta y mayor probabilidad de complicaciones relacionadas con el procedimiento. En el presente artículo se describe la anatomía patológica de dos técnicas de ritidectomía ampliamente utilizadas: *supra-high* SMAS y plicatura de SMAS. De manera retrospectiva se comparó la satisfacción estética, el tiempo quirúrgico, la velocidad de recuperación y la probabilidad de complicaciones asociadas en su seguimiento. Se realizó un estudio longitudinal, comparativo, observacional, retrospectivo en 19 casos de plicatura de SMAS y 20 controles de *supra-high* SMAS. La homogenización de los datos se analizó con las pruebas χ^2 y Fisher y utilizamos la razón de momios (OR, IC 95%) como medida de asociación entre la técnica quirúrgica utilizada y la probabilidad de presentar complicaciones. No hubo diferencia estadísticamente significativa entre la técnica utilizada y la probabilidad de presentar una satisfacción estética $\geq 80\%$, OR = 0.93 (IC 95%, 0.22-1.42). Tampoco hubo diferencia estadísticamente significativa entre la técnica utilizada y la probabilidad de no presentar complicaciones postoperatorias, OR = 2.13 (IC 95%, 0.34-13.24). Tanto la ritidectomía *supra-high* SMAS como la plicatura de SMAS son técnicas de ritidectomía previamente conocidas y ampliamente utilizadas. No existen diferencias en cuanto a satisfacción estética ni en la probabilidad de presentar complicaciones; sin embargo, los pacientes con plicatura de SMAS se operan en menor tiempo quirúrgico y se recuperan de manera más pronta.

ABSTRACT

Descriptions have been provided for multiple rhytidectomy techniques, some with greater manipulation of the tissues and; therefore, longer surgical time, slower recovery and greater probability of complications related to the procedure. We describe the pathological anatomy of two widely used rhytidectomy techniques: *supra-high* SMAS and SMAS plication. Next, we compare aesthetic satisfaction retrospectively, intraoperative duration, speed of recovery, and probability of related complications during follow-up. We carried out a retrospective, comparative, observational longitudinal study in 19 cases of SMAS plication and 20 *supra-high* SMAS controls. The homogenization of the data was analyzed with the χ^2 and Fisher tests, and we used the Odds Ratio (OR, 95% CI) as a measure of association between the surgical technique used and the probability of having complications. There was no statistically significant difference between the technique used and the probability of presenting an aesthetic satisfaction $\geq 80\%$, OR = 0.93 (95% CI, 0.22-1.42). There was also no statistically significant difference between the technique used and the probability of not having postoperative complications, OR = 2.13 (95% CI, 0.34-13.24). Both the *supra-high* SMAS rhytidectomy and SMAS plication are previously known and widely used rhytidectomy techniques. There are no significant differences in terms of aesthetic satisfaction or in the probability of having complications; however, the patients with SMAS plication were operated in a shorter time and recovered more quickly.

* Cirujano plástico y reconstructivo. Servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva, «American British Cowdry Medical Center».

‡ Médico cirujano. Universidad Panamericana.

§ Cirujano plástico y reconstructivo adscrito al Servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva del Hospital General de México «Dr. Eduardo Liceaga».

Recibido:
04 agosto 2020
Aceptado:
20 enero 2021

Citar como: De-Rungs-Brown DR, Manzo-Hernández M, Zamora-Madrado A, Martínez-Guzmán A, Alegre-Tamez E. Diferencias anatomoquirúrgicas de ritidectomía *supra-high* SMAS vs ritidectomía con plicatura del SMAS en tres vectores. Cir Plast. 2021; 31 (1): 4-17. <https://dx.doi.org/10.35366/101081>

INTRODUCCIÓN

Para poder determinar las diferentes técnicas quirúrgicas para una ritidectomía con buenos resultados hay que comprender la anatomía facial y se requiere una apreciación del sistema musculoaponeurótico superficial de la cara y de su singular diferencia con respecto a la fascia superficial en otras partes del cuerpo. Los músculos faciales superficiales (los músculos de la expresión facial) están englobados dentro de la fascia superficial y mueven el tejido blando facial sobre el esqueleto facial. Esto contrasta con los músculos esqueléticos en otras partes del cuerpo, incluidos los músculos de la masticación, que se encuentran por debajo de la fascia profunda.¹

La importancia de la fascia superficial de la cara en el envejecimiento facial y su uso en el rejuvenecimiento de la región malar y el cuello fue demostrado por primera vez por Skoog en 1969. El hecho de que la laxitud de la piel facial podría corregirse utilizando esta fascia, sin aplicar tensión directamente a la piel, fue una revelación de profunda significación para la técnica de ritidectomías.²

La razón anatómica del éxito de la plicatura de la fascia se hizo más comprensible a partir del trabajo clásico de Mitz y Peyronie, quienes introdujeron el término «sistema musculoaponeurótico superficial» (SMAS) para describir la anatomía de la capa profunda de la fascia superficial. El SMAS explica la relación y las conexiones entre la fascia superficial, los músculos de la expresión facial y la dermis suprayacente. La parte importante del SMAS en el envejecimiento facial es sobre la parte más expresiva del rostro donde se encuentran los músculos periorales y perioculares. En el espacio entre las fascias superficiales y profundas existe el plano sub-SMAS, que se conoce comúnmente como plano profundo. La anatomía de este plano es compleja y sólo ahora se comprende de una manera que es útil para el cirujano. En el plano sub-SMAS se presentan cuatro tipos de estructura: los anexos profundos de los músculos faciales, los ligamentos de retención de la cara, los espacios areolares y las ramas nerviosas faciales.³

Los componentes adjuntos entre el SMAS y las estructuras más profundas fueron reco-

nocidos por Papillon⁴ y la liberación de estos componentes adjuntos—desde la parte inferior del SMAS al periostio sobre el cigoma— permitió un nuevo ajuste quirúrgico, mejorado del medio SMAS a los compartimentos adjuntos. Ulteriormente, los compartimentos y puntos de fijación fueron descritos por Furnas en 1989 y denominados como los ligamentos de retención de la mejilla.⁵ También se reconoció que los ligamentos de retención continúan en la dermis. Los ligamentos cutáneos maseteros cerca del borde anterior del masetero se describieron posteriormente.⁴

En este momento se aprecia que los ligamentos de retención de la cara tienen una disposición formal para la unión de la fascia superficial al esqueleto facial. Los ligamentos tienen un patrón general concéntrico alrededor de las cavidades orbitaria y oral. Los ligamentos alrededor de la cavidad oral tienen una disposición en forma de C, formada por el grupo transversal de ligamentos cigomáticos en el extremo lateral, del cual descienden los ligamentos cutáneos maseteros verticales dispuestos hasta el ligamento mandibular.⁵

En general, hay una línea vertical de inserción de los ligamentos faciales temporal, periorbitario y perioral a lo largo de la unión entre la cara anterior y la cara lateral. Esta línea coincide con la extensión lateral de la fijación esquelética de los músculos de la expresión facial para la cara anterior.⁶

La fijación de los ligamentos a la dermis explica la forma de los surcos cutáneos en la cara. Entre los surcos aparecen pliegues y protuberancias de la piel porque los tejidos blandos subyacentes a estos son más móviles y no están restringidos en su posición al retener los ligamentos; por lo tanto, los ligamentos son responsables de los surcos.⁷ El efecto de la atrición de los ligamentos con el envejecimiento es más evidente cuando los ligamentos son más finos, porque están en la periferia de su extremo externo.⁸

El grupo de estructuras que ocupa el área más grande en el intervalo entre las fascias superficiales y profundas son los espacios faciales. Estos fueron descritos originalmente como áreas de tejido conjuntivo areolar laxo, pero de hecho son verdaderos espacios similares a hendiduras dentro del tejido blando de la cara,

con la inclusión de las cavidades esqueléticas, unidas forman los espacios de la cara.

Nuestro propósito es avanzar en la comprensión de la anatomía facial al señalar que existen verdaderos espacios en la cara que ofrecen ventajas para el cirujano en su experiencia quirúrgica.⁹ La palabra «espacio» sugiere que está presente un vacío de tejido blando. De forma similar a los espacios pleurales en el tórax, los espacios faciales aparecen «cerrados» debido a las capas de tejido límite (pleura parietal y visceral) que se formaron *in situ*. El verdadero espacio se revela sólo cuando se ingresa al espacio (tórax o hendidura facial) durante la cirugía.¹⁰

En el tercio inferior de la cara, el espacio premaestro cubre la parte inferior de la fascia maseterina y permite el movimiento de la mandíbula con relación suprayacente. La laxitud del techo y de los aditamentos en el límite anteroinferior del espacio premaestro da como resultado la laxitud del platismo que lo cubre, que después se abomba para formar la papada. Los cambios de los espacios ocurren con el proceso de envejecimiento, pero éstos no son uniformes. La cantidad de cambio se relaciona con la cantidad de movimiento que ocurre en el área del espacio particular, siendo el movimiento de la mandíbula el más grande y el movimiento del templo el menor.¹¹

El cambio de envejecimiento consiste en una disminución de la rigidez del espacio, debido a la distensión del techo. Posteriormente, esta laxitud del techo aparece como un abultamiento superficial por montículos malares sobre la mitad de la mejilla y papada sobre la mandíbula. En general, hay una expansión asociada de las dimensiones del espacio secundario a la laxitud de la fijación ligamentosa en el límite del espacio y bolsas de párpados inferiores que se extienden sobre el borde orbitario inferior. Es más fácil diseccionar los espacios envejecidos y el tejido areolar dentro de las separaciones a medida que se abren.¹²

Los espacios son «seguros» quirúrgicamente porque son áreas que están completamente libres de anatomía importante. Todos los nervios, vasos, ligamentos y músculos están fuera de los espacios faciales. Los ligamentos de retención proporcionan el refuerzo que determina la ubicación específica de la membrana límite.

En algunas áreas, las ramas del nervio facial se dirigen directamente por fuera de la membrana de revestimiento.¹³

La técnica de disección utilizada cuando se opera en el plano sub-SMAS debe estar relacionada con el carácter del área particular que se disecciona. Dentro de los espacios, la disección roma es todo lo que se requiere para extenderse rápidamente a los límites del espacio. A medida que la disección se abre, una hendidura preexistente en las capas de tejido no produce sangrado. Esto contrasta con la disección subcutánea habitual de la cara, que es sólo unos milímetros más superficial y está en la superficie del músculo que forma parte del techo del espacio, ya sea platismo u orbicular. En consecuencia, cuando la disección se realiza correctamente, se evitan los hematomas y no existe el riesgo de daño del nervio facial. Cuando se opera fuera de los espacios, la técnica de disección se cambia a disección roma precisa con el fin de separar ramas nerviosas faciales, si es necesario, lejos de ligamentos faciales, antes de lisar las bandas ligamentosas necesarias.⁷

El principio de corrección quirúrgica de los cambios de envejecimiento, cuando se opera en el plano sub-SMAS, implica avanzar el colgajo compuesto de tejido laxo en la dirección requerida y fijarlo ahí. Por lo general, el área de laxitud que requiere corrección se encuentra en la parte medial de uno de los espacios. La cantidad de liberación quirúrgica requerida en el límite medial del espacio está determinada por el estado de los ligamentos de retención en relación con el límite medial.¹⁴

La mayoría de técnicas de ritidoplastia implican incisiones periauriculares, manipulación y disección del SMAS y resección cutánea. Las primeras técnicas involucraban únicamente la resección de piel excedente sin mayor manejo de tejidos profundos. Mitz y Peyronie describieron el SMAS, y Skoog, en 1974, lo describe como una capa de tejido conectivo denso profundo al plano cutáneo.¹⁵

Ritidoplastia subcutánea: las técnicas de sólo piel datan de los primeros años de las ritidoplastias en las cuales se disecciona de manera subcutánea y se tracciona en dirección de un vector. Tiene múltiples factores positivos y negativos. Es rápida y relativamente segura; sin embargo, mantiene las propiedades del enve-

jecimiento de la piel y no durará tanto como otras técnicas profundas. Además, al aplicar toda la tensión de cierre en la piel, puede tener secuelas como distorsiones del trago, deformidad en el lóbulo de la oreja, como secuela de ritidectomía y alteración de la línea capilar.¹⁶

Ritidoplastia subcutánea con manipulación del SMAS: las técnicas «S-lift» de Fulton y «MACS lift» (*minimal access cranial suspension*) de Tonnard, basan su objetivo en levantar y suspender el cuello, surcos nasogenianos y tercio medio facial mediante suturas en el SMAS. Existen diferentes descripciones de vectores usados en las plicaturas del SMAS. Algunas complicaciones de estas técnicas son las irregularidades por tracción y lesión nerviosa por la sutura. Se han reportado tasas menores de complicaciones en comparación con otras técnicas más profundas. Esta es la técnica empleada en nuestra descripción, modificando los puntos de vectores de los mismos en tres puntos específicos para los diferentes tercios.¹⁷

SMASectomía lateral: Baker describió esta técnica en la que se reseca una tira del SMAS paralela al pliegue nasolabial sobre el borde anterior de la parótida,⁵ generalmente se marcan porciones del SMAS de 2 a 4 cm de ancho para reseca. Se menciona una serie de ventajas sobre las técnicas de elevación profunda del SMAS, incluyendo la integridad de la fascia superficial, menor riesgo de daño nervioso debido a que la mayoría de la disección es sobre la parótida y la fijación prolongada del SMAS que evita dehiscencias postoperatorias.¹⁸

Técnica supra-high y high SMAS: planificación del colgajo más alto o a lo largo del borde superior del arco cigomático y extiende la disección medialmente para movilizar el tejido de la cara media, supera la arruga del tercio medio y produce un resultado mejorado. Los beneficios de la técnica *high* SMAS incluyen una elevación combinada, equilibrada y armoniosa de los tejidos caídos de la cara media, la mejilla y la línea de la mandíbula, sin la necesidad de realizar un procedimiento de elevación de la cara media separado o distinto. Esta técnica descrita por Timothy Marten fue mejorada en 2002; no obstante, una variante modificada que realizamos en esta descripción es hacer una disección arriba del arco cigomático en la fosa temporal, elevando el tejido subcutáneo de la patilla para

evitar el desplazamiento de la misma. Se realiza disección del músculo temporal superficial hasta identificar la fascia temporal profunda, donde se fijará el vector temporal del colgajo del SMAS. Esta técnica dará un soporte en el tercio medio y región periorbitaria de la ritidectomía y el segundo colgajo del SMAS se llevará como vector del tercio inferior, fijándolo en la mastoides.¹⁹

Existen muchas técnicas de ritidectomía y no hay evidencia suficiente para considerar que una sea superior a otra. La finalidad del

Tabla 1: Descripción de la muestra en estudio.

	n (%)
Tamaño muestral	39 (100.0)
Sexo	
Femenino	33 (84.6)
Masculino	6 (15.4)
Procedimiento	
Plicatura de SMAS	19 (48.7)
Supra-high SMAS	20 (51.3)
Tiempo quirúrgico (horas)	
1-3	19 (48.7)
3-6	20 (51.3)
Ritidosis periocular	
Presente	30 (76.9)
Ausente	9 (23.1)
Corrección periocular	
Realizada	33 (84.6)
No realizada	6 (15.4)
Ritidosis tercio facial medio	
Presente	39 (100.0)
Ausente	0 (0.0)
Corrección tercio facial medio	
Realizada	39 (100.0)
No realizada	0 (0.0)
Ritidosis tercio facial inferior	
Presente	34 (87.2)
Ausente	5 (12.8)
Corrección tercio facial inferior	
Presente	34 (87.2)
Ausente	5 (12.8)
Ángulo cervicofacial postoperatorio	
110-105°	29 (74.4)
105-90°	10 (25.6)

SMAS = Sistema musculoaponeurótico superficial.

presente trabajo es comparar dos técnicas de ritidectomía: *supra-high* SMAS (SH-SMAS) y plicatura SMAS (P-SMAS), para demostrar con cuál se obtienen los mejores resultados con menos complicaciones, según nuestra experiencia y muestra.

MATERIAL Y MÉTODO

Se trata de un estudio longitudinal, comparativo, observacional, retrospectivo, efectuado en el Servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva del American British Cowdray Medical Center

con los expedientes clínicos y registros del seguimiento de pacientes que referían inconformidad con su aspecto estético facial, identificados como caucásicos, con escala de Fitzpatrick 1-4 en su mayoría, en total 39 pacientes: 20 operados con la técnica SH-SMAS y 19 con la técnica P-SMAS, seis mujeres (15.4%) y 33 hombres (84.6%); todos los pacientes tenían ritidosis del tercio facial medio, 30 (76.9%) ritidosis periocular y 34 (87.2%) ritidosis del tercio facial inferior. Veintinueve pacientes (74.4%) con un ángulo cervicofacial de 105-90° y 10 (25.6%) de 110-105°.



Figura 1: Marcaje quirúrgico de la técnica *supra-high* SMAS con delimitación de disección subcutánea y del SMAS. Marcaje quirúrgico de colgajo en «7» invertido para dos vectores. Vector temporal y vector mastoideo. Disección de colgajo del SMAS hasta identificar la fascia parotídeo maseterina. Colgajos del SMAS en dos vectores. Postoperatorio inmediato de ritidectomía *supra-high* SMAS. Disección subcutánea. Se identifica SMAS para iniciar con colgajos. Disección del SMAS hasta fascia parotídeo maseterina. Colgajo del SMAS en vector temporal. Se eleva plano de patilla y se disecciona hasta identificar la fascia temporal profunda. Se fija el colgajo. Colgajo del SMAS en vector temporal fijado a la fascia temporal profunda. Compensación de colgajos cutáneos.

SMAS = Sistema musculoaponeurótico superficial.



Figura 2:

Antes y después con técnicas previas enfocado al cuello.



Figura 3: Antes y después con técnica *supra-high* SMAS. SMAS = Sistema musculoaponeurótico superficial.

Los pacientes seleccionados cursaban con algún grado de ríides en tercio medio e inferior facial, líneas de marioneta, código de barras, disminución del ángulo cervicofacial, pérdida de la posición natural del complejo muscular de la región malar, o pérdida de la altura y función del músculo depresor del ángulo del labio, así como múltiples ríides superficiales y profundas al mismo nivel. Se sometieron a evaluación clínica y se identificaron los casos

quirúrgicos para el procedimiento de ritidectomía, se analizó el ángulo cervicofacial y la debilidad del SMAS en diferentes puntos. Todos los pacientes aceptaron el procedimiento quirúrgico al que correspondía el grupo según sus características, firmaron el consentimiento informado sobre el estudio y el procedimiento quirúrgico. Los pacientes estaban conscientes del uso de fotografías para uso académico.

Anteriormente se realizó el procedimiento bajo anestesia general utilizando la técnica SH-SMAS, y posteriormente, ante la facilidad y la comodidad de la técnica con P-SMAS, optamos por esta última con aquéllos que se presentaron a partir de ese momento, por lo cual no fue aleatorizado. Lo analizamos como comparación entre 19 casos de (P-SMAS) y 20 controles (SH-SMAS) que se operaron en distinto momento. No se realizó ningún procedimiento bajo conveniencia, sino de acuerdo con la planificación previa de los pacientes que acudieron a valoración para ritidectomía y se asignó el plan quirúrgico en la misma valoración por el mismo equipo quirúrgico. Asimismo, todos los casos fueron intervenidos por el mismo equipo quirúrgico (*Tabla 1*).

Los datos se recabaron con base en el expediente clínico y la información registrada en las consultas de seguimiento de cada uno de los pacientes de ambos grupos: al mes, a los tres meses y a los 12 meses del postoperatorio.

Técnica *supra-high* SMAS

Marcaje quirúrgico con delimitación de la disección subcutánea y del SMAS con marcaje del colgajo en «7» invertido para dos vectores, disección del colgajo del SMAS hasta identificar la fascia parotídeo maseterina y colgajo en su vector temporal. Se eleva el plano de la patilla y se disecciona hasta identificar la fascia temporal profunda y se fija el colgajo a dicha fascia y se compensan los colgajos cutáneos (*Figura 1*).

Técnica subcutánea con plicatura en tres vectores

Marcaje quirúrgico, disección máxima en plano subcutáneo con prueba para identificar los dos vectores de tercio medio con pinzamiento del SMAS. Marcaje de SMASectomía para vectores de tercio medio y SMASectomía en bumerán

con desplazamiento de dos vectores en tercio medio. Primera sutura del vector principal para plicatura del SMAS, disección del tercer vector en tercio inferior con colgajo del SMAS a nivel

de platisma, disección profunda del SMAS en tercio inferior con límite subplatisma en la línea media. Colgajo del SMAS para el tercer vector y su respectiva plicatura (Figura 2).

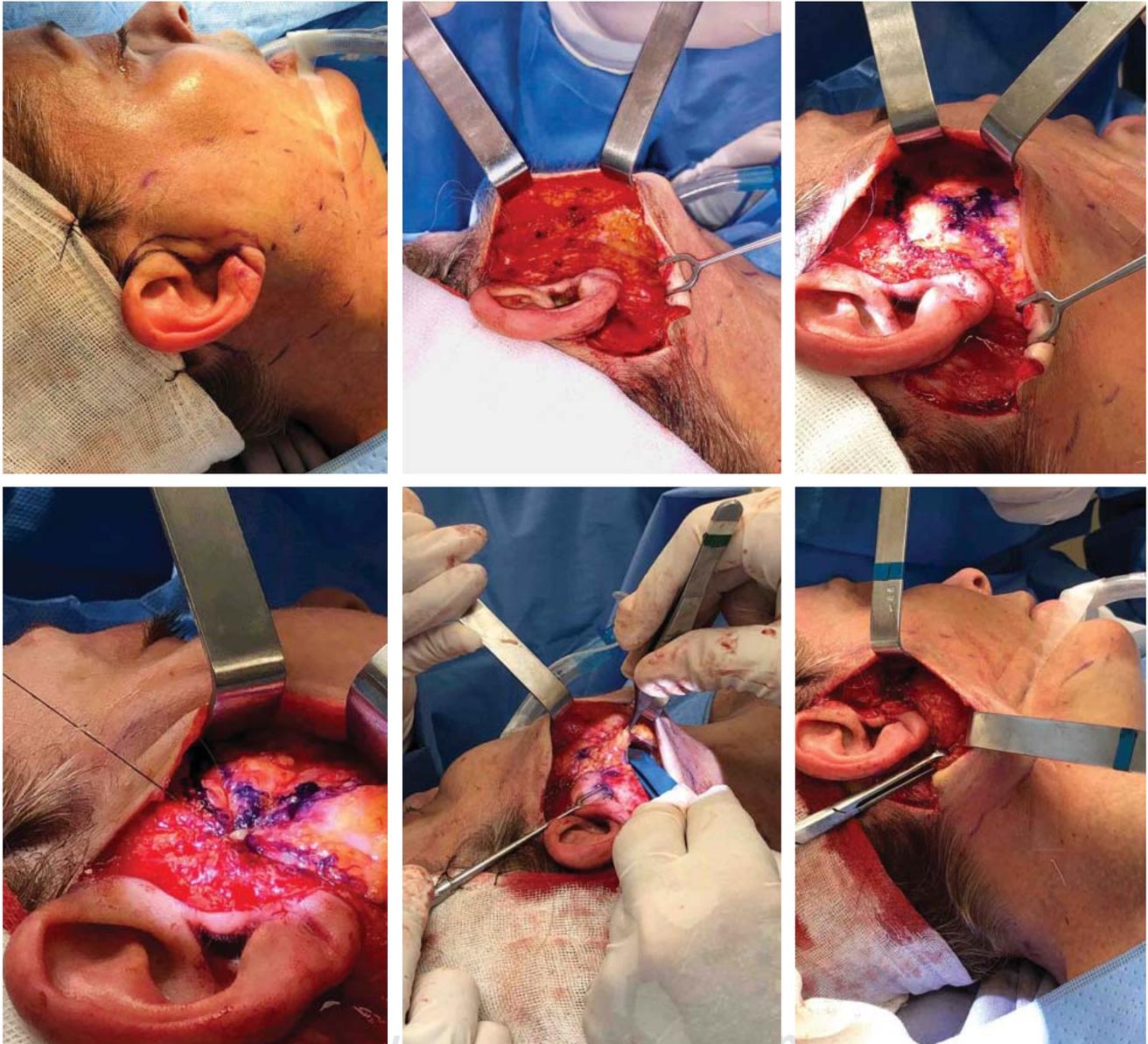


Figura 4: Paciente con ríides grado 4 en tercio medio e inferior, candidata para técnica subcutánea con plicatura en tres vectores. Marcaje quirúrgico de técnica con plicatura en tres vectores. Disección máxima en plano subcutáneo. Prueba para identificar los dos vectores de tercio medio con pinzamiento del SMAS. Marcaje de SMASectomía para vectores de tercio medio. SMASectomía en bumerán con desplazamiento de dos vectores en tercio medio. Primera sutura de vector principal para plicatura del SMAS. Disección de tercer vector en tercio inferior con colgajo del SMAS a nivel de platisma. Disección profunda del SMAS en tercio inferior con límite subplatisma a línea media. Colgajo del SMAS para tercer vector y su respectiva plicatura.

SMAS = Sistema musculoaponeurótico superficial.



Figura 5: Comparación antes y después.

Tabla 2: Descripción de la muestra en estudio.	
	n (%)
Porcentaje de satisfacción postoperatoria al final del seguimiento	
80-100	29 (74.4)
60-79	5 (12.8)
< 60	5 (12.8)
Total	39 (100.0)
Complicaciones postoperatorias	
Ninguna	33 (84.6)
Hematoma	3 (7.7)
Asimetría facial	2 (5.1)
Lesión nerviosa	1 (2.6)
Total	39 (100.0)

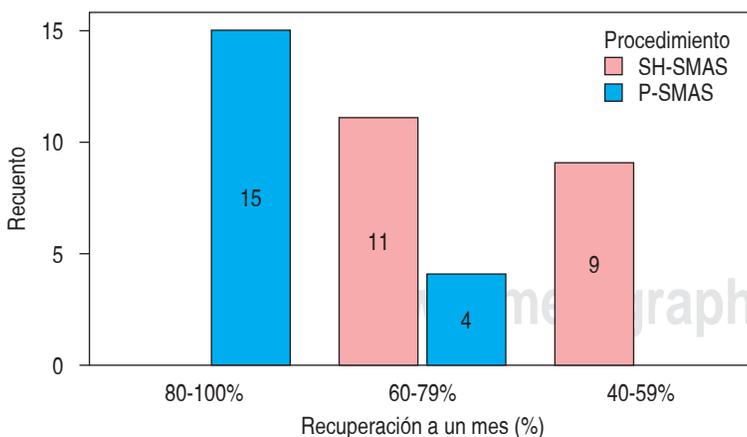


Figura 6: Recuperación a un mes según la técnica de ritidectomía utilizada. SMAS = Sistema musculoaoneurótico superficial. SH-SMAS = supra-high SMAS. P-SMAS = plicatura SMAS.

RESULTADOS

De los 39 pacientes, cinco quedaron con una satisfacción inferior a 60%, otros cinco con satisfacción de 60 a 79% y 29 (74.4%) con satisfacción igual o superior a 80%. Cabe mencionar que no hubo diferencias estadísticamente significativas entre la técnica utilizada y la probabilidad de presentar una satisfacción estética $\geq 80\%$, OR = 0.93 (IC 95%, 0.22-1.42) (Figuras 2 a 5).

En cuanto a complicaciones, un caso (2.56%) tuvo lesión nerviosa en el grupo de pacientes operados con SH-SMAS, dos (5.12%) asimetría facial, tres (7.39%) hematoma y 33 (84.6%) sin complicaciones. No hubo diferencias estadísticamente significativas entre la técnica utilizada y la probabilidad de no presentar complicaciones postoperatorias, OR = 2.13 (IC 95%, 0.34-13.24) (Tabla 2).

En cuanto a duración del procedimiento quirúrgico, todos los pacientes operados con SH-SMAS tuvieron una duración quirúrgica igual o mayor a tres horas y los operados con P-SMAS menor a tres horas (Figura 6).

En cuanto a la recuperación, en el primer mes 78.9% de los pacientes operados con P-SMAS tuvieron una recuperación suficiente ($\geq 80\%$), mientras que ninguno de los pacientes operados por SH-SMAS alcanzó el 80%, sino hasta el tercer mes de seguimiento. Por medio de un análisis de supervivencia se proyecta que los pacientes de P-SMAS se recuperaron lo suficientemente en 1.421 meses (IC 95%, 1.044-1.798), mientras que los pacientes operados con SH-SMAS lo hicieron en 7.050 meses (IC 95%, 5.037-9.063); χ^2 de 26.554 por Log Rank de Mantel-Cox, p a dos colas < 0.000 (Tablas 3 y 4) (Figuras 7 y 8).

DISCUSIÓN

Las cirugías con fines estéticos, incluida la operación de ritidectomía, se están volviendo cada vez más populares y el rejuvenecimiento sigue siendo uno de los procedimientos estéticos más solicitados. Los procedimientos se pueden utilizar para reducir la flacidez de la piel y los tejidos subcutáneos y crear un rostro más juvenil reestructurando la anatomía de la cara. La ritidectomía se considera generalmente del tercio medio e inferior, ya que la ritidectomía coronal o del tercio superior ha ido perdiendo preferencia,

ya que los pacientes en la actualidad enfatizan en la naturalidad y en menos cicatrices.

Las técnicas de ritidectomía clásicas se pueden dividir por planos, sea subcutáneo, con plicatura del SMAS, mastectomía y ritidectomía con colgajos del SMAS y tejidos profundos. Las complicaciones

asociadas con los procedimientos de la ritidectomía son raras, pero clínicamente importantes como hematomas, necrosis cutánea de los bordes de la herida, infección, lesiones nerviosas, alopecia y los estigmas de la ritidectomía. Hoy en día, la tendencia es hacer procedimientos mínimamente

Tabla 3: Resultados principales: recuperación postoperatoria según el tiempo de seguimiento.

Meses de seguimiento	% de recuperación			Total	Significación aproximada χ^2 (Log Rank de Mantel-Cox)
	80-100 n (%)	60-79 n (%)	40-59 n (%)		
1	15 (38.5)	15 (38.5)	9 (23.1)	39 (100.0)	0.000*
3	30 (76.9)	9 (23.1)	0 (0.0)	39 (100.0)	
12	39 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	39 (100.0)	

* La significación aproximada o valor de $p < 0.05$ orienta a rechazar la hipótesis nula. Ver el apartado de resultados.

Tabla 4: Porcentaje de satisfacción postoperatoria estratificado por las siguientes dos variables: complicaciones postoperatorias y técnica de ritidectomía realizada.

Complicaciones postoperatorias	Técnica de ritidectomía	Satisfacción postoperatoria			Total (n)	Significación aproximada	
		80-100%	60-79%	< 60%		χ^2 de Pearson	Coefficiente de contingencia
Ninguna	<i>Supra-high</i> SMAS	15	1	0	16	0.512*	0.512*
	Plicatura de SMAS	14	2	1	17		
	Total	29	3	1	33		
Hematoma	<i>Supra-high</i> SMAS		2	0	2	0.083*	0.083*
	Plicatura de SMAS			1	1		
	Total	0	2	1	3		
Asimetría facial	<i>Supra-high</i> SMAS			1	1	No calculable	No calculable
	Plicatura de SMAS			1	1		
	Total	0	0	2	2		
Lesión nerviosa	<i>Supra-high</i> SMAS			1	1	No calculable	No calculable
	Plicatura de SMAS			0	0		
	Total	0	0	1	1		
<i>Supra-high</i> SMAS		15	3	2	20	0.815*	0.815*
Plicatura de SMAS		14	2	3	19		
Total (n)		29	5	5	39		

* La significación aproximada o valor de $p > 0.05$ orienta a **no rechazar la hipótesis** nula que postula que las variables [complicaciones postoperatorias] y [técnica de ritidectomía realizada] no generan diferencias estadísticamente significativas con la variable [satisfacción postoperatoria].
SMAS = Sistema musculoaponeurótico superficial.

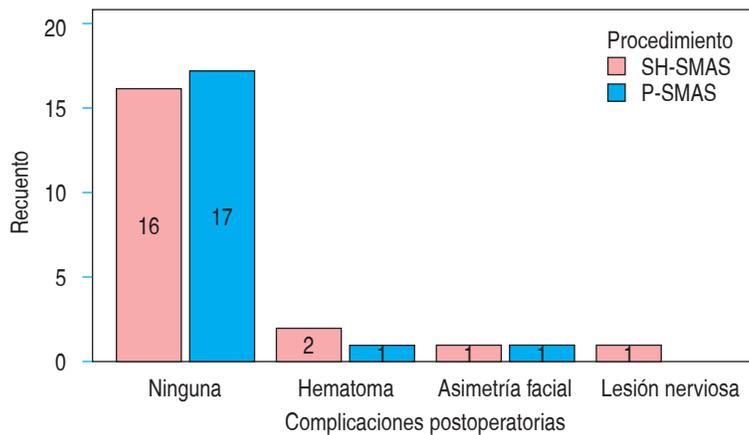


Figura 7: Complicaciones postoperatorias según la técnica de ritidectomía utilizada. SMAS = Sistema musculoaponeurótico superficial. SH-SMAS = *supra-high* SMAS. P-SMAS = plicatura SMAS.

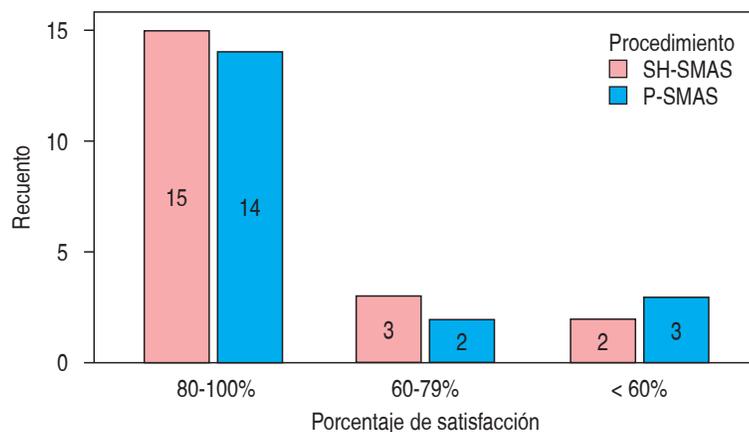


Figura 8: Porcentaje de satisfacción estética según la técnica de ritidectomía utilizada. SMAS = Sistema musculoaponeurótico superficial. SH-SMAS = *supra-high* SMAS. P-SMAS = plicatura SMAS.

invasivos con menor riesgo de complicaciones, con un periodo de recuperación más corto.²⁰

El envejecimiento es causado por muchos factores: la exposición excesiva al sol, fumar o beber pueden envejecer significativamente a una persona, así como la genética, los factores ambientales y el lugar de vivienda. Las investigaciones sugieren que fumar durante 10 años envejece a una persona entre dos y cinco años. Al realizar algún tipo de ritidectomía es importante determinar el plano en el que se realizará el procedimiento. Uno de los espacios virtuales más determinantes en la ritidectomía es el es-

pacio precigomático, mismo que es superior al cuerpo del cigoma; en esta zona es donde la plicatura tiene su primer vector, así como en la fosa temporal. En el borde superior son los ligamentos de retención del párpado y la mejilla, el borde inferior cubre los orígenes superiores del cigomático mayor, menor y el músculo elevador del labio superior, esto determina el segundo vector en las ritidectomías con el SMAS, y su respectivo colgajo o plicatura es la ritidectomía del tercio medio. Las porciones laterales alcanzan el borde posterior del cigoma y no hay nervios faciales que atraviesen este espacio, solo el nervio cigomático facial para disecar a través del espacio sub-SMAS en la mejilla inferior en el espacio, donde se describen las técnicas profundas de la fascia premaseterina.²¹

El borde inferior no tiene soporte ligamentoso y se encuentra aproximadamente 15 mm por encima del ángulo de la mandíbula. El borde superior es el borde superior del platismo; al extender la herida retroauricular se determina la cervicoplastia, dependiendo de si se realizan vectores retroauriculares con colgajo de platismo o no. El espacio entre el espacio precigomático y premasetero se conoce como el espacio premasetero medio, por debajo del piso de este espacio corren el conducto parotídeo y los troncos bucales superior e inferior. Algunas ramas de la rama marginal mandibular pasan sobre el espacio premasetero. El nervio pasa sobre el músculo masetero anteriormente 8 mm por encima del ángulo de la mandíbula; una rama corre por debajo de este piso del espacio y otra rama sobre este espacio, hasta el músculo platismo inferior. Al realizar una incisión preauricular del SMAS para disecar la capa de éste existe el riesgo de dañar la rama mandibular; esto se puede prevenir al colocar la incisión 30 mm por delante de la oreja.

La grasa submentoniana es diferente de la grasa bucal y está compuesta por dos compartimentos subcutáneos en el borde de la mandíbula y son los compartimentos superior e inferior de la papada. La grasa de la papada está separada de la grasa submandibular por el tabique mandibular, éste se interdigita con fibras del músculo platismo para unirse al borde anterior de la mandíbula, fijando la piel al borde de la misma. Esta es la razón por la que la piel del borde de la mandíbula es móvil

en la dirección superior, pero no tanto en la dirección inferior.²¹

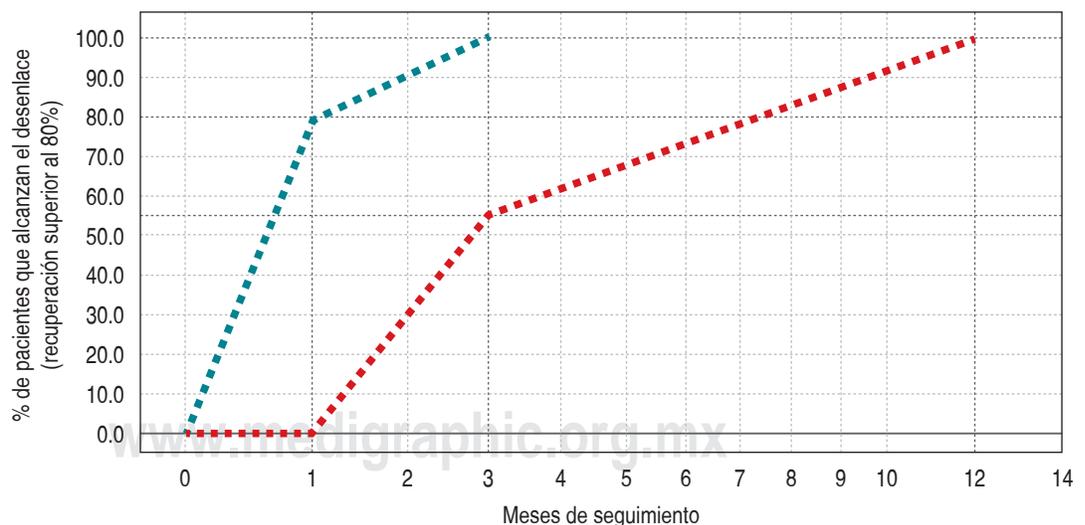
Furnas informó en 1989 sobre las adherencias densas (ligamento mandibular) localizadas en el tercio anterior del borde mandibular, pero no mencionó la adherencia presente en el tercio medio. Sólo unos pocos investigadores informaron que la papada se debe a cambios secundarios causados por la pérdida de volumen y Yousif indicó que son causados por la caída del tejido blando debido a las fuerzas gravitacionales y la laxitud del tejido.

Se cree que el tamaño normal del lóbulo de la oreja es de 20 mm y si es más grande puede verse como un signo de envejecimiento.²² McKinney informó que la longitud promedio del lóbulo de la oreja y la oreja era de 18 mm. La relación entre la longitud del lóbulo de la oreja y la de la oreja es 28 y ésta aumenta con el envejecimiento. El rango normal de esta relación es de 25 a 30 y si excede de 33 se recomienda una reducción del lóbulo. Se puede obtener una apariencia más natural si la capa dérmica en la base del colgajo tragal se fija a la fascia o al cartílago subyacente, con dos a tres suturas de anclaje con prolene 5-0, para crear una depresión en la porción pretragal.²³

Si bien se realiza cirugía plástica estética general para cambiar el aspecto innato de una persona, se realizan cirugías de rejuvenecimiento para solucionar los problemas causados por el envejecimiento, devolviendo al paciente a un estado más joven. Los problemas que aparecen en el rostro debido al envejecimiento incluyen arrugas, imperfecciones, manchas de la edad, pérdida de volumen y flacidez de tejidos. Cuando se ven de cerca, las arrugas son la principal causa de parecer viejo, mientras que desde lejos, la pérdida de volumen y la caída de los tejidos son las principales causas. Las arrugas comienzan a formarse a finales de la tercera década de la vida en lugares con la piel más delgada como el área periorbitaria y a medida que las personas envejecen aumenta la pérdida de volumen y la caída de tejidos. Estos problemas no se pueden afrontar con un solo procedimiento.²⁴

Para abordar el problema de las arrugas o la pérdida de volumen, procedimientos relativamente simples como la toxina botulínica, rellenos e inyecciones de grasa pueden ser suficientes, pero para rejuvenecer una cara flácida, se realizan estiramientos faciales, métodos quirúrgicos no invasivos o mínimamente invasivos.

Figura 9:
Comparación de las respectivas recuperaciones de las dos técnicas de ritidectomía: plicatura de SMAS (línea verde) y *supra-high* SMAS (línea roja)
SMAS = Sistema musculoaoneurótico superficial.



Se presentan dos curvas de Kaplan-Meier en función de uno menos la supervivencia, en las cuales el factor de desenlace es la recuperación postoperatoria igual o superior a 80%. 1) Al primer mes de seguimiento 80% de los pacientes con plicatura de SMAS (línea verde) alcanzaron el desenlace. 2) A los tres meses de seguimiento, 100% de los pacientes con plicatura de SMAS alcanzaron el desenlace, contra 55% de los pacientes con *supra-high* SMAS (línea roja). 3) A los 12 meses de seguimiento, 100% de los pacientes con *supra-high* SMAS alcanzaron el desenlace.

Tabla 5. Probabilidad de satisfacción estética final $\geq 80\%$.

	Satisfacción estética final $\geq 80\%$	Satisfacción estética final $< 80\%$	
Plicatura-SMAS	14	5	19
<i>Supra High</i> -SMAS	15	5	20
	29	10	39

OR = 0.93 (IC 95%, 0.22-1.42). No hay diferencia estadísticamente significativa entre ambas técnicas y la probabilidad de presentar una satisfacción estética final $\geq 80\%$.
SMAS = Sistema musculoaponeurótico superficial.

Tabla 6. Probabilidad de no presentar complicaciones postoperatorias.

	Ausencia de complicaciones postoperatorias	Presencia de 1 \geq complicaciones postoperatorias	
Plicatura-SMAS	17	2	19
<i>Supra High</i> -SMAS	16	4	20
	33	6	39

OR = 2.13 (IC 95%, 0.34-13.24). No hay diferencia estadísticamente significativa entre ambas técnicas y la probabilidad de no presentar complicaciones postoperatorias.
SMAS = Sistema musculoaponeurótico superficial.

Tabla 7. Recuperación al primer mes $\geq 80\%$.

	Recuperación al primer mes $\geq 80\%$	Recuperación al primer mes $< 80\%$	
Plicatura-SMAS	15	4	19
<i>Supra High</i> -SMAS	0*	20	20
	15	24	39

* OR = infinito. SMAS = Sistema musculoaponeurótico superficial.

Los estiramientos faciales pueden tener un periodo de recuperación más corto, pero los efectos son sólo temporales. A pesar de los periodos de recuperación ligeramente más largos, se deben realizar estiramientos faciales convencionales para obtener buenos resultados, maximizar la eficiencia de la cirugía y mantener los efectos duraderos.²⁴

Durante el periodo de oro de la cirugía plástica, se describieron múltiples procedimientos y técnicas para ritidectomías que fueron pioneros de las respectivas técnicas. Se describieron accesos y técnicas más agresivas, prometiendo resultados más estéticos; sin embargo, las últimas técnicas se describen como de mínima invasión complementadas con variantes de las mismas, dando un mejor resultado en cuanto a lesiones y complicaciones, tiempo quirúrgico, disminución de estancia hospitalaria y mejoría en la recuperación.²⁴

La homogenización de los datos se analiza con las prueba χ^2 y Fisher, según corresponde con el tamaño de la muestra. Posteriormente, y respetando el diseño del estudio, utilizamos la razón de momios (OR, IC 95%) como medida de asociación para aproximar la probabilidad de presentar los siguientes desenlaces, según la técnica utilizada (P-SMAS o SH-SMAS) (Figura 9, Tablas 5 y 6).

El cociente de las siguientes razones de momios (recuperación y duración del transoperatorio) tienden a infinito debido a que el denominador en la división es 0 (p. ej: 0 pacientes de SH-SMAS con recuperación superior al 80% al mes, o cero pacientes con SH-SMAS con transoperatorio menor a los tres meses) (Tablas 7 a 10).

Dado que se realizaron tres mediciones sobre recuperación (al primer mes, a los tres y 12 meses) fue posible realizar dos curvas de Kaplan-Meier para comparar qué tan rápido se recuperan los pacientes en ambas técnicas. El desenlace a comparar, es decir, la meta de recuperación suficiente que proponemos, es un porcentaje igual o superior a 80% según lo refiere el paciente. Es posible interpretar y comparar estas curvas restando el área debajo de la curva entre ambas y su posterior análisis de significancia estadística, utilizando la prueba Log Rank de Mantel-Cox, con la cual se obtuvo un valor χ^2 de 26.554, con valor de p a dos colas < 0.000 . Limitadas al tiempo de recuperación más largo, se estiman medias y medianas para el tiempo de recuperación suficiente:

- *Supra-high* SMAS: 7.050 (5.037-9.063, IC 95%). Dicho de otro modo, se proyecta que los pacientes operados con SH-SMAS se recuperan en aproximadamente siete meses.
- Plicatura de SMAS: 1.421 (1.044-1.798, IC 95%). Dicho de otro modo, se proyecta

que los pacientes operados con P-SMAS se recuperan al mes y medio.

CONCLUSIONES

Una apreciación de los espacios de partes blandas de la cara descritos recientemente ofrece ventajas para el cirujano involucrado en el rejuvenecimiento facial. Los espacios deben buscarse y luego utilizarse, ya que son hendiduras preexistentes en los planos de los tejidos. Esto reduce la necesidad de gran parte de la disección quirúrgica tradicional, que se

asocia con sangrado, hematomas y edema. Las ramas del nervio facial siempre están fuera de los espacios. Si se requiere una liberación quirúrgica adicional, es sólo en las áreas más pequeñas fuera de los espacios donde puede ser necesaria una liberación precisa de restricción ligamentosa residual.

Al poder analizar los resultados de las variables en nuestro control de casos con las dos técnicas quirúrgicas, podemos determinar —independientemente de la técnica— el tiempo quirúrgico y la amplia disección del complejo SMAS, que al realizar una adecuada técnica de plicatura en tres vectores del SMAS, los resultados estéticos son similares a corto y largo plazo con respecto a la técnica de ritidectomía con doble colgajo del SMAS descrita previamente, por lo que con una adecuada selección del paciente no es necesario someterlo a más de cuatro horas de tiempo quirúrgico y realizar disección amplia del SMAS, ya que existe mayor susceptibilidad de tener complicaciones como sangrado y lesión nerviosa. Realizando un procedimiento simple, completo y con la técnica adecuada, la ritidectomía con P-SMAS de tres vectores es nuestra mejor opción de acuerdo con nuestra experiencia quirúrgica.

Tabla 8. Recuperación a los tres meses $\geq 80\%$.

	Recuperación a los tres meses $\geq 80\%$	Recuperación a los tres meses $< 80\%$	
Plicatura-SMAS	0*	19	19
Supra High-SMAS	9	11	20
	9	30	39

* OR = infinito. SMAS = Sistema musculoaponeurótico superficial.

Tabla 9. Recuperación a los 12 meses $\geq 80\%$.

	Recuperación a los 12 meses $\geq 80\%$	Recuperación a los 12 meses $< 80\%$	
Plicatura-SMAS	0*	19	19
Supra High-SMAS	9	11	20
	9	30	39

* OR = infinito. SMAS = Sistema musculoaponeurótico superficial.

Tabla 10. Duración del transoperatorio < 3 horas.

	Transoperatorio < 3 horas	Transoperatorio > 3 horas	
Plicatura-SMAS	19	0*	19
Supra High-SMAS	0*	20	20
	19	20	39

* OR = infinito. SMAS = Sistema musculoaponeurótico superficial.

REFERENCIAS

1. Skoog T. *Plastic surgery: new methods and refinements*. Philadelphia: Saunders 1974, p. 16.
2. Stuzin JM, Baker TJ, Gordon HL. The relationship of the superficial and deep facial fascia: relevance to rhytidectomy and aging. *Plast Reconstr Surg* 1992; 89: 441.
3. Stuzin JM. MOC-PSSM CME article: Face lifting. *Plast Reconstr Surg* 2008; 121 (Suppl): 1-19.
4. Tonnard P, Verpaele A, Monstrey S et al. Minimal access cranial suspension lift: a modified S-lift. *Plast Reconstr Surg* 2002; 109: 2074-2086.
5. Stuzin JM. Restoring facial shape in face lifting: The role of skeletal support in facial analysis and midface soft-tissue repositioning. *Plast Reconstr Surg* 2007; 119: 362-376; discussion 377-378.
6. Rohrich RJ, Ghavami A, Constantine FC, Unger J, Mojallal A. Lift-and-fill face lift: Integrating the fat compartments. *Plast Reconstr Surg* 2014; 133: 756e-767e.
7. Pitanguy I, Machado BH. Facial rejuvenation surgery: A retrospective study of 8788 cases. *Aesthet Surg J* 2012; 32: 393-412.
8. Marten TJ. High SMAS facelift: combined single flap lifting of the jawline, cheek, and midface. *Clin Plast Surg* 2008; 35: 569-603, vi.
9. Baker DC. Lateral SMASectomy. *Plast Reconstr Surg* 1997; 100: 509-513.

10. Marten TJ, editor. *Facelift-state of the art*. Seminars in plastic surgery. New York: Thieme Medical Publishing 2002.
11. Gamble WB, Manson PN, Smith GE, Hamra ST. Comparison of skin-tissue tensions using the composite and the subcutaneous rhytidectomy techniques. *Ann Plast Surg* 1995; 35: 447-453; discussion 453-444.
12. Becker FF, Bassichis BA. Deep-plane face-lift vs superficial muscle aponeurotic system plication face-lift: a comparative study. *Arch Facial Plast Surg* 2004; 6: 8-13. doi: 10.1001/archfaci.6.1.8.
13. Mohammadi S, Ahmadi A, Salem MM et al. A comparison between two methods of face-lift surgery in nine cadavers: SMAS (superficial muscle-aponeurotic system) versus MACS (minimal access cranial suspension). *Aesthet Plast Surg* 2015; 39: 680-685. doi: 10.1007/s00266-015-0543-3.
14. Verpaele A, Tonnard P, Gaia S et al. The third suture in MACS-lifting: making midface-lifting simple and safe. *J Plast Reconstr Aesthet Surg* 2007; 60: 1287-1295. doi: 10.1016/j.bjps.2006.12.012.
15. Verpaele A, Tonnard P. Lower third of the face: indications and limitations of the minimal access cranial suspension lift. *Clin Plast Surg* 2008; 35: 645-659, vii. doi: 10.1016/j.cps.2008.04.001.
16. Prado A, Andrades P, Danilla S et al. A clinical retrospective study comparing two short-scar face lifts: minimal access cranial suspension versus lateral SMASectomy. *Plast Reconstr Surg* 2006; 117: 1413-1425; discussion 1426-1417. doi: 10.1097/01.prs.0000207402.53411.1e.
17. Tonnard PL, Verpaele A, Gaia S. Optimizing results from minimal access cranial suspension lifting (MACS-lift). *Aesthet Plast Surg* 2005; 29: 213-220; discussion 221. doi: 10.1007/s00266-005-0047-7.
18. Mast BA. Advantages and limitations of the MACS lift for facial rejuvenation. *Ann Plast Surg* 2014; 72: S139-143. doi: 10.1097/sap.0000000000000092.
19. Gordon NA, Adam SI, 3rd. Deep plane face lifting for midface rejuvenation. *Clin Plast Surg* 2015; 42: 129-142. doi: 10.1016/j.cps.2014.08.009.
20. Parikh SS, Jacono AA. Deep-plane face-lift as an alternative in the smoking patient. *Arch Facial Plast Surg* 2011; 13: 283-285. doi: 10.1001/archfacial.2011.39.
21. Marcus BC. Rhytidectomy: current concepts, controversies and the state of the art. *Curr Op Otolaryngol head Neck Surg* 2012; 20: 262-266. doi: 10.1097/MOO.0b013e328355b175.
22. Lemmon ML. *Color atlas of SMAS rhytidectomy*. First ed. Michigan: Thieme Medical Publisher; 1993
23. Stuzin JM, Baker TJ, Gordon HL, Baker TM. Extended SMAS dissection as an approach to midface rejuvenation. *Clin Plast Surg* 1995; 22: 295-311.
24. Lindsey JT. Five year retrospective review of the extended SMAS: critical landmarks and technical refinements. *Ann Plast Surg* 2009; 62: 492-496. doi: 10.1097/SAP.0b013e32831818ba77d.

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Correspondencia:

Dr. David R. De-Rungs-Brown
American British Cowdray Medical Center
Av. Carlos Fernández Graef Núm. 154-320,
Col. Santa Fe Cuajimalpa, 05300,
Cuajimalpa, Ciudad de México, México.
E-mail: de_rungs@hotmail.com

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/259180809>

Lifting Corto con Incisión Prepilosa y Armonización Facial

Chapter · January 2012

CITATIONS
0

READS
6,888

2 authors, including:



[Manuel Meruane](#)
University of Chile

22 PUBLICATIONS 154 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)

Lifting Corto con Incisión Prepilosa y Armonización Facial Global

Roberto Hoppmann K., M.D. y Manuel Meruane N., M.D.

Clínica Tabancura, Santiago, Chile.

Introducción

La cirugía de rejuvenecimiento facial ha evolucionado enormemente en las últimas décadas especialmente luego de la popularización en la disección del sistema músculo aponeurótico subcutáneo (SMAS) descrita por Mitz y Peyronie en 1976 ¹.

En la actualidad las diferencias en los distintos procedimientos se encuentran en el tipo de tratamiento para el SMAS y el plano de disección. Dentro de las opciones quirúrgicas tenemos: plicatura sola del SMAS², resección lateral del SMAS³, disecciones convencionales y extendidas⁴, disecciones en plano profundo o compuesta^{5,6}, disecciones subperiósticas⁷ y más recientemente ritidectomías con cicatrices cortas⁸.

No existe un lifting facial ideal ni un algoritmo perfecto para el tratamiento del envejecimiento facial y asumir que los mejores resultados se obtendrán con el último procedimiento o el más complejo o el más profundo o con múltiples vectores, está lejos de ser probado ^{9,10}.

Lo más importante es entender el proceso de envejecimiento y la anatomía facial para poder desarrollar de este modo un tratamiento individual en cada paciente. Es importante considerar que el procedimiento elegido sea realmente efectivo en mejorar la laxitud cervical, la flacidez de mejillas y la profundidad del surco nasogeniano, restaurando así el volumen medio facial y procurando un adecuado balance de las partes blandas. Al respecto del balance óseo para mejorar el aspecto facial, consideramos de suma importancia valorar la relación de la nariz y el mentón preoperatoriamente para poder planificar en un solo acto quirúrgico su corrección, si fuera necesario.

El método ideal debe ser seguro con pocas complicaciones; llegar a obtener una apariencia natural; corregir los defectos más visibles y lograr una reincorporación rápida a las actividades habituales sin mayor discomfort general, con resultados perdurables en el tiempo.¹¹

El autor principal del presente trabajo tiene una experiencia acumulada desde el año 1968 en el tema, desarrollando a lo largo del tiempo una gran variedad de técnicas. Sin embargo desde el año 2000 ha optado por realizar cada vez incisiones más pequeñas y menor disección del SMAS. En vista de los excelentes resultados obtenidos y del corto tiempo de recuperación, ha logrado apreciar que no hay una gran diferencia a largo plazo al comparar su técnica actual con las disecciones mayores.

Adicionalmente hemos agregado una serie de modificaciones con el fin de lograr un balance volumétrico y armónico adecuado. En las intervenciones adicionales sobre partes blandas destacamos la inserción del excedente de SMAS en el surco nasogeniano; la lipoaspiración de la papada y la lipoinyección en la región malar. En el plano óseo priorizamos la rinoplastía y la genioplastía de avance. De este modos hemos desarrollado un concepto que denominamos “armonización facial global” (AFG) (figura 1).

En promedio realizamos 40 cirugías de armonización facial global en 1 año, lo que corresponde alrededor de 15% de la actividad quirúrgica total. El 97% de estos pacientes son de sexo femenino, con una edad media de 57 años.

El procedimiento asociado más frecuente fue la blefaroplastía en un 74%, seguido de rinoplastia en un 18% y genioplastía en un 5%.

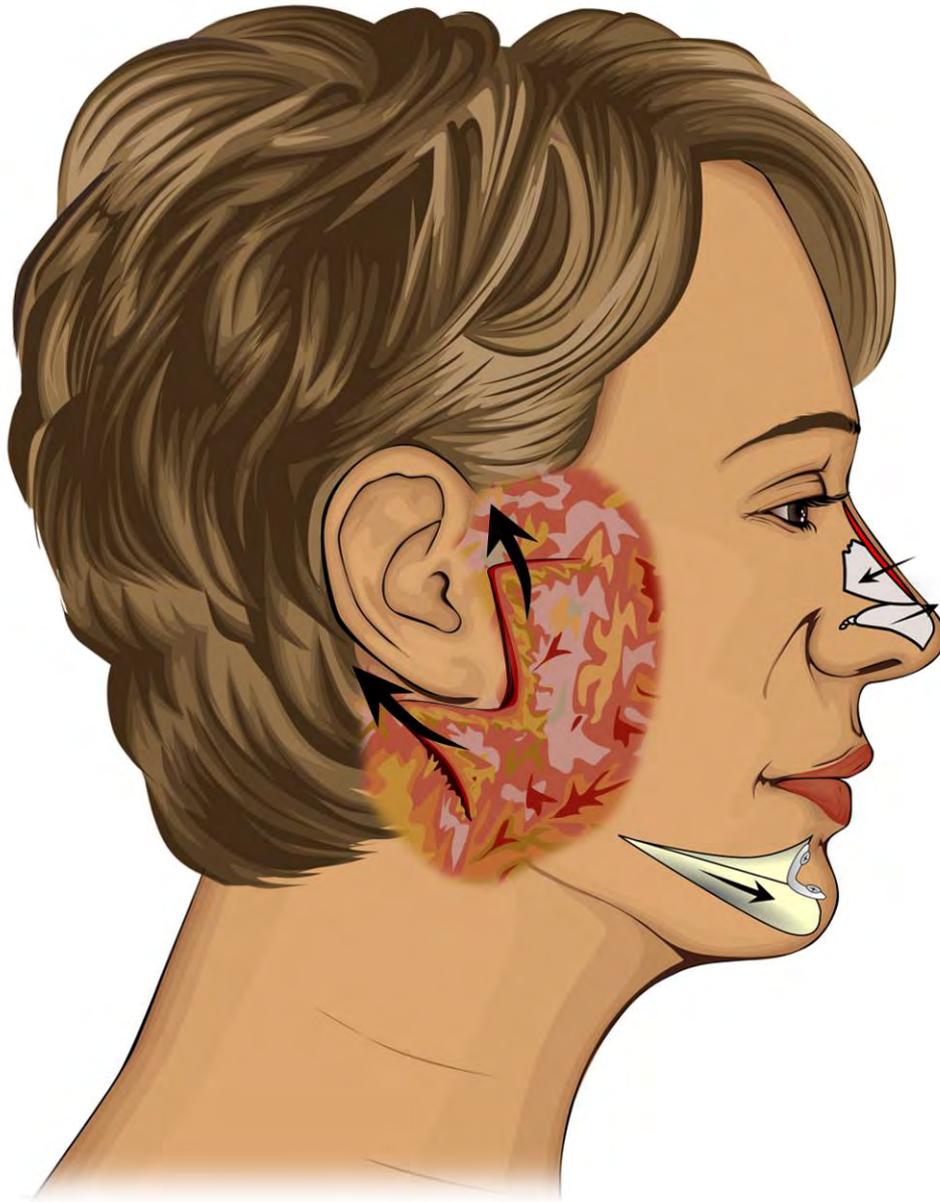


Figura 1. Concepto de “armonización facial global”. Se visualizan los vectores de tracción del SMAS, ósteocartilaginosos nasales y mentoneanos.

Técnica Quirúrgica del lifting

Infiltración

Casi todos los pacientes son intervenidos con anestesia general. La infiltración de la cara es realizada con un volumen líquido aproximado de 250 ml en el espacio subcutáneo del área de disección con una solución compuesta por lidocaína 0,3% y epinefrina 1:600.000 (Figura 2a)

Incisiones

Uno de los objetivos fundamentales de esta cirugía es impedir la distorsión de la línea pilosa y la patilla. Tratamos al máximo de evitar áreas de calvicie en la región temporal, entendiendo que la conservación de esta unidad estética es un signo de juventud¹³.

Si bien la incisión preauricular y sus cicatrices deben ser del menor tamaño posible, debemos permitir la remoción de la cantidad necesaria de piel que se requiera; especialmente en edades avanzadas^{12,13}. La Incisión temporal debe ser corta e ir en frente de la línea pilosa para evitar el retroceso de la patilla. Esta línea se identifica por la transición en la pigmentación cutánea. Luego se continúa en el borde anterior de la oreja y del trago para seguir en dirección retroauricular sobre la mastoides avanzando hasta la mitad posterior de la concha auricular. (figura 3)

La cicatrización de esta área es extremadamente buena si se aplica la técnica correcta. Después de un corto tiempo las cicatrices son difíciles de visualizar y no alteran las raíces pilosas.

Lipoaspiración

Una vez aplicada la solución de infiltración en la región cervical, se introduce una cánula de aspiración de 2mm a través las incisiones auricular y submentoniana si fuera necesario. De este modo se trata de abarcar adecuadamente los espacios de la papada, mandibular y preplatismal con la adecuada precaución de no lesionar el ramo mandibular del nervio facial que se hace superficial en esta área¹⁴. (Figura 2b)

Disección cutánea

La disección subdérmica la realizamos esencialmente con tijeras en un área bajo el arco cigomático y preauricular extendiéndose parcialmente (4 a 5 cm) hacia la región

malar y mandibular (figura 2c, 3). La disección debe ser lo suficientemente cautelosa para no sobrepasar el límite superior del arco cigomático, evitando una potencial lesión de la rama frontal del nervio facial^{14,15}.

Disección SMAS

La incisión del SMAS se comienza 1 cm bajo arco cigomático y 1 cm anterior a la línea preauricular sobre la fascia preparotidea y hasta la línea mandibular. Se disecciona de lateral a medial un colgajo de aproximadamente 2 cm de ancho por 6 cm de largo (figura 2d) el cual se mantiene unido a su inserción platismal inferior para su posterior fijación con una ligera tensión a la apófisis mastoideas, según lo descrito por Connell et al.¹³. El colgajo sirve como tractor para la acomodación del platisma cervical. Una vez fijado a la apófisis mastoideas el remanente de dicho colgajo se secciona, para ser utilizado posteriormente en el relleno del surco nasogeniano. Todo esto mejora efectivamente tanto la región cervical como el reborde mandibular. (figura 1, 2e)

Posteriormente se completa la sutura del SMAS tanto a la fascia preparotidea como a la apófisis mastoideas con puntos separados de vicryl 4-0. Se revisa la hemostasia y se sutura la piel mediante una tracción suave del colgajo cutáneo en el sentido de los vectores hacia atrás y hacia arriba, fijando la piel con puntos separados de nylon 4-0 y finalización con sutura intradérmica de PDS 5-0 (figura 2f,g,h). No se deja drenaje.

Surco Nasogeniano (SNG)

El colgajo remanente del SMAS, que ha servido para la tracción cervical, se inserta en forma subcutánea en el SNG. Procedimiento practicado mediante 2 incisiones cutáneas pequeñas y una tunelización bajo este surco. (figura 2i)

Lipoinyección malar y facial

La grasa autóloga para la lipoinyección de la región malar y facial, puede ser obtenida de cualquier región corporal e incluso de la misma región cervical. La inclusión de grasa otorga beneficios notables en el rejuvenecimiento, especialmente en pacientes de edad avanzada o enflaquecidos, en los cuales los contornos óseos faciales se encuentran visiblemente marcados. Adicionalmente con esta técnica se mejora la calidad de la piel, ya que el injerto graso aporta comprobados factores de crecimiento y células troncales¹⁷. (figura 2j)

Dermoabrasión

Se realiza en forma mecánica con rotor abrasivo. El procedimiento es realmente efectivo en tratar las arrugas superficiales pequeñas y perilabiales. Queda una costra por aproximadamente 10 días, posterior a lo cual se recomienda el uso de cremas y bloqueador solar para obtener una mejor reepidermización y tracción elástica de la piel.

Blefaroplastía

Como ya lo mencionamos la blefaroplastía es el procedimiento que se asocia con mayor frecuencia al lifting. Lo habitual es intervenir los 4 párpados. La resección de bolsas palpebrales inferiores la realizamos casi exclusivamente por vía transconjuntival sin seccionar el músculo orbicular y luego agregamos una acomodación cutánea con incisión en el borde palpebral, en caso que esto sea necesario.

Lifting Coronal

El rejuvenecimiento de la región frontal lo realizamos actualmente en menos del 10% de los pacientes. Cuando es necesario se hace mediante una incisión coronal clásica, con disección subgaleal (supraperióstica), que permite una liberación rápida, conservación de la vasculatura y visión directa de los músculos responsables de las arrugas frontales, lo cuales se resecan parcialmente. No utilizamos la vía endoscópica.

Cuidados Postoperatorios

Se mantiene el paciente hospitalizado por 24 horas en posición decúbito prono con elevación cervical a 45°. Nunca dejamos al paciente con vendajes, sólo en ocasiones una mentonera parcialmente compresiva en casos de lipoaspiración de la región cervical. Se hidrata la piel con crema nutritiva (figura 2k) y se aplica en los ojos ungüento y lágrimas artificiales. Habitualmente a las 72 hrs se comienza con masajes y ultrasonido por un kinesiólogo para una recuperación más rápida del edema postoperatorio.

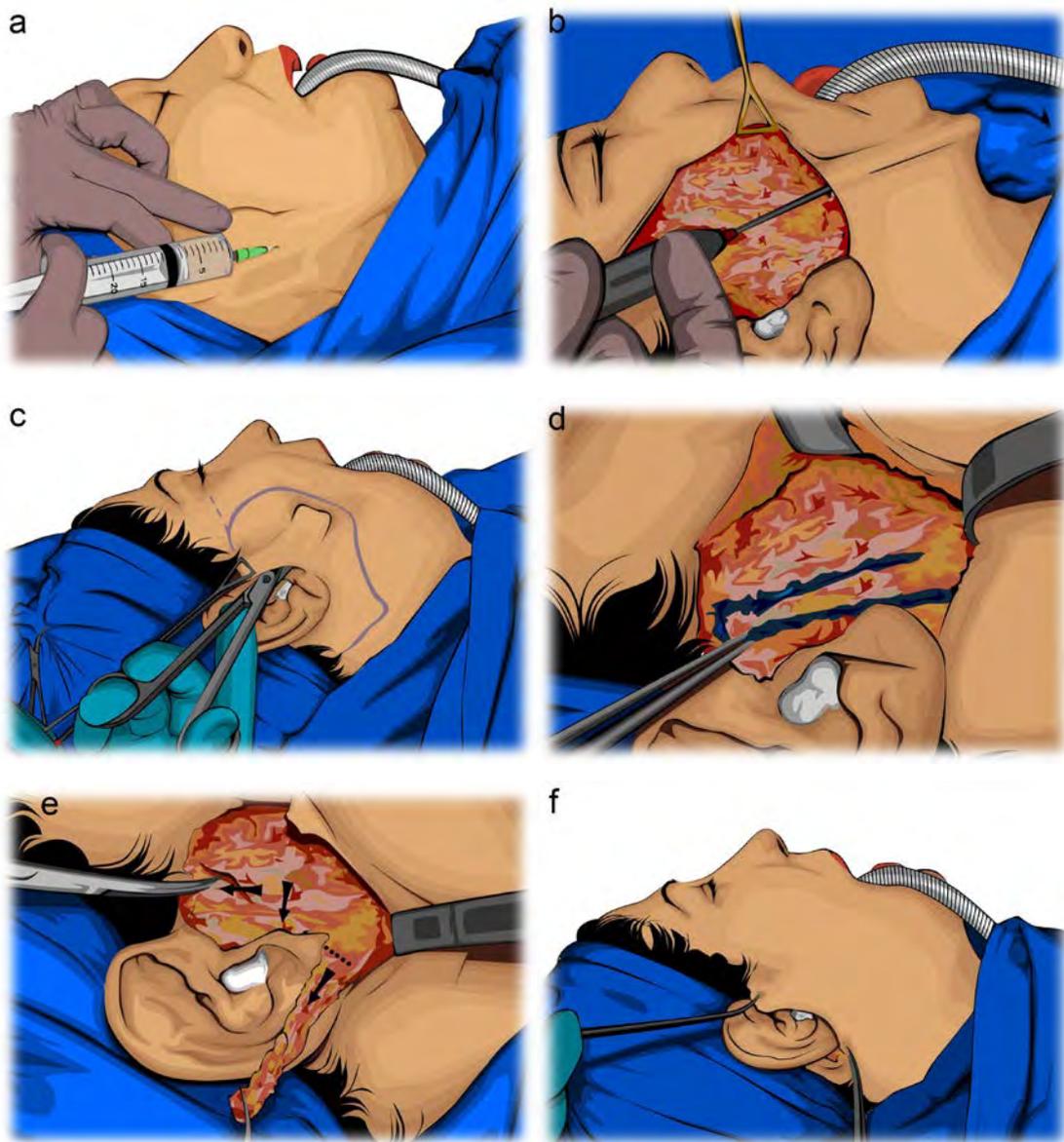


Figura 2(a-f). Ilustración metódica de la cirugía. (a) Infiltración, (b) lipoaspiración cervical, (c) disección subcutánea, (d) marcación del área de SMAS a resecar, (e) tracción del colgajo del SMAS a la apófisis mastoides, (f) visualización del excedente cutáneo luego de la tracción.

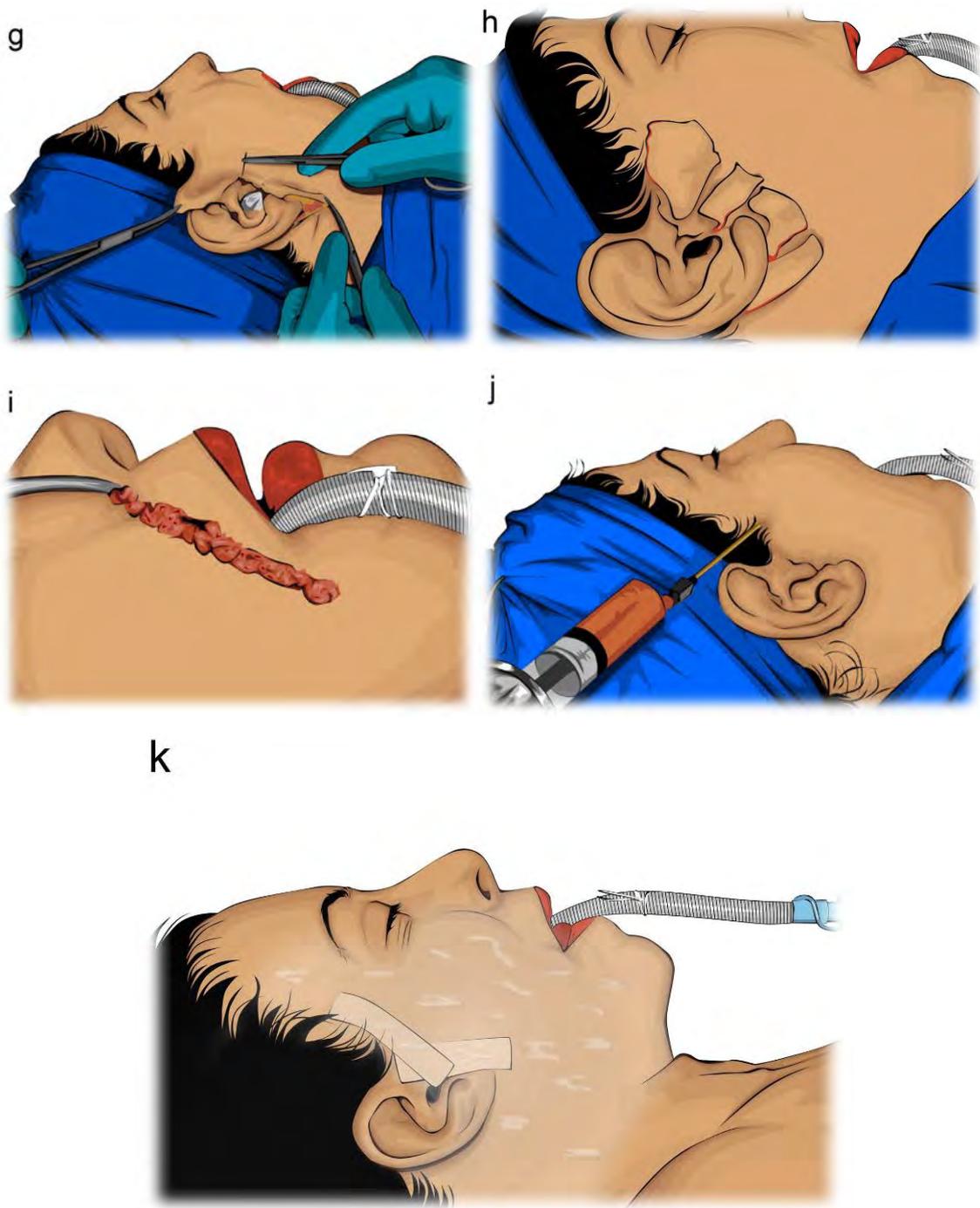


Figura 2(g-k). Ilustración metódica de la cirugía. (g) tracción y fijación del colgajo cutáneo, (h) remanentes cutáneos (i) posicionamiento del remanente de SMAS en el surco nasogeniano, (j) lipoinyección malar, (k) crema nutritiva al finalizar el procedimiento.

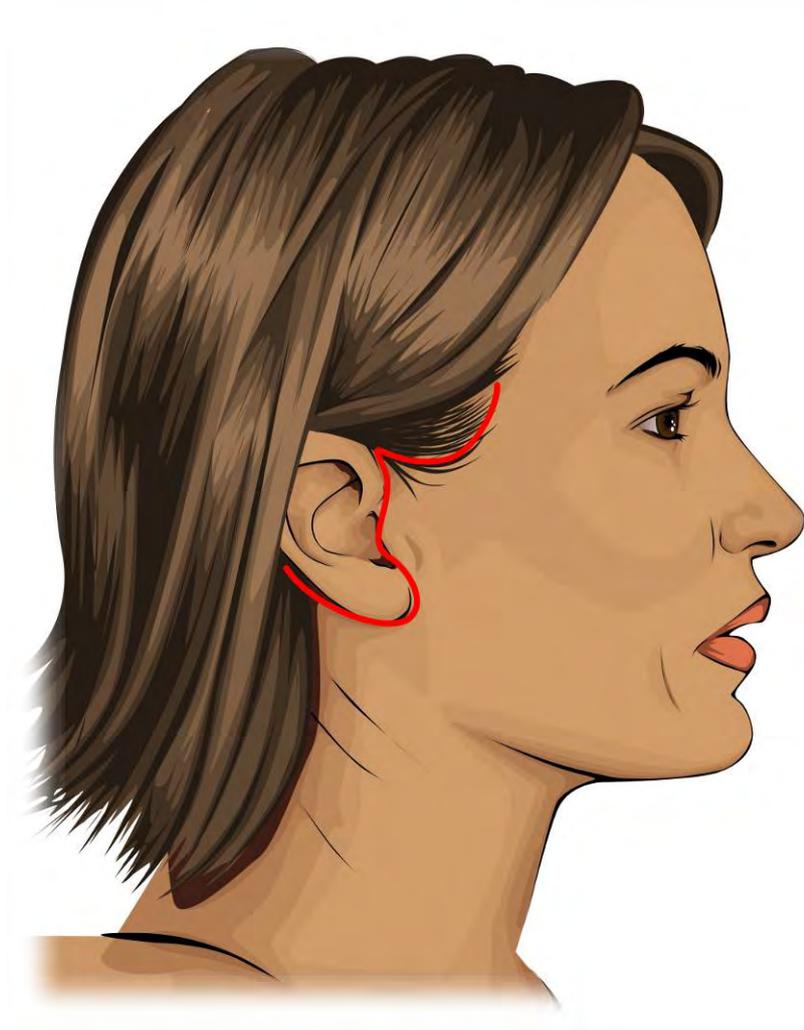


Figura 3. Línea de incisión cutánea.

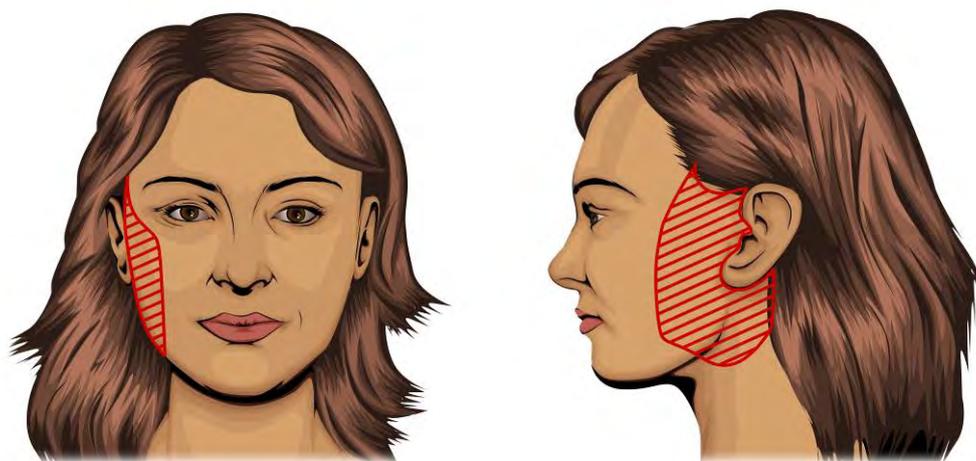


Figura 4. Área de disección subcutánea

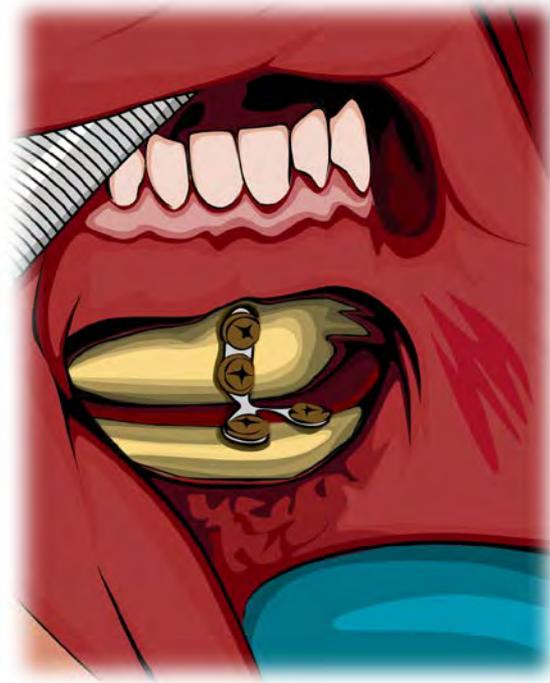


Figura 6. Genioplastía de avance. Incisión vestibular, sección y fijación ósea del mentón.

Complicaciones

Las Complicaciones que ocurren ocasionalmente deben ser reconocidas precozmente para una adecuada intervención. En nuestra experiencia los hematomas han disminuido drásticamente en la medida que se ha limitado la disección, al punto de no haber observado ninguno en los últimos 3 años. Sin embargo la lesión de los ramos del nervio facial ha estado presente en alrededor de un 4% de nuestros casos, con paresias de los ramos frontales y marginales. En estas regiones el nervio facial se superficializa¹⁴ y además estos ramos tienen sólo un 15% de comunicantes con la rama bucal por lo que se hacen más vulnerables al ser independientes¹⁶. En el seguimiento, nuestras complicaciones más frecuentes son las cicatrices hipertróficas en un 9% de los pacientes e irregularidades de contorno por la lipoaspiración cervical en un 5% de los casos.

Conclusión

La disección facial limitada ha sido uno de los hechos que más ha beneficiado el resultado de esta cirugía en nuestras manos. Poder contar con una recuperación postoperatoria rápida y predecible es valorado tanto por cirujanos como por pacientes.

La reposición de volumen tanto de partes blandas como el modelamiento de la parte ósea genera un cambio general. De esta manera entendemos el rejuvenecimiento como una “armonización facial global” y no sólo como un retiro de arrugas.

Podríamos decir que el efecto más importante en el lifting corto se observa a nivel cervical y del reborde mandibular como se ve en los casos clínicos 1 y 2. Además en los casos con genioplastía, el mejoramiento de la región cervical está complementado con la tensión de los músculos submentonianos y la tracción de la piel (casos 3 y 4).

Nos parece importante, por lo observado en nuestros pacientes, que la corrección de la estructura ósea defectuosa mejora evidentemente el resultado de un rejuvenecimiento facial armónico. Por lo tanto la planificación y la ejecución de estos casos debe sugerir la corrección de todos los defectos en un solo acto operatorio para obtener una mejoría más completa y satisfactoria.



Caso 1. Vistas frontal, $\frac{3}{4}$ y perfil de una paciente de 61 años sometida a un lifting corto con blefaroplastía superior en inferior y dermoabrasión de labio superior. 3 meses post cirugía. Se aprecia una mejora notable en la región facial media, surco nasogeniano, mejillas y región cervical.



Caso 2. Vistas frontal, $\frac{3}{4}$ y perfil de una paciente de 55 años sometida a un lifting corto con blefaroplastía superior en inferior y adición de toxina botulínica en la región frontal. 4 meses post cirugía.



Caso 3. Vistas frontal, $\frac{3}{4}$ y perfil de una paciente de 52 años sometida a un lifting corto con blefaroplastía superior en inferior más rinoplastía y genioplastía de avance. 5 meses post cirugía.



Caso 4. Vistas frontal, $\frac{3}{4}$ y perfil de una paciente de 68 años sometida a un lifting corto con blefaroplastía superior en inferior más genioplastía de avance. 2 meses post cirugía. Se aprecia un rejuvenecimiento facial global y armónico.



Caso 5. Vistas frontal, $\frac{3}{4}$ y perfil de una paciente de 56 años sometida a un lifting corto con blefaroplastía superior en inferior más rinoplastía. 14 meses post cirugía. Se aprecia un rejuvenecimiento facial global y armónico.

Referencias bibliográficas

1. Mitz, V., Peyronie M. The superficial musculoaponeurotic system (SMAS) in the parotid and cheek area. *Plast Reconstr Surg.* 58: 80, 1976
2. Robbins, L.B., Brothers, D.B., Marshall, D.M. Anterior SMAS plication for the treatment of prominent nasomandibular folds and restoration of normal cheek contour. *Plast. Reconstr. Surg.* 96: 1279-1287, 1995.
3. Baker, D.C. Lateral SMASectomy. *Plast. Reconstr. Surg.* 100: 509-513, 1997.
4. Mendelson, B.C. Correction of the nasolabial fold: Extended SMAS dissection with periosteal fixation. *Plast Reconstr Surg.* 89: 822, 1992.
5. Hamra, S.T. The deep-plane rhytidectomy. *Plast. Reconstr. Surg.* 86: 53-61, 1990
6. Hamra, S.T. Composite rhytidectomy. *Plast. Reconstr. Surg.* 90: 1-13, 1992.
7. Ramirez, O.M., Maillard, G.F., Musolas, A. The extended subperiosteal face lift: A definitive soft-tissue remodeling for facial rejuvenation. *Plast. Reconstr. Surg.* 88: 227-236, 1991.
8. Tonnard, P., Verpaele, A. The MACS-lift short scar rhytidectomy. *Aesth. Plast. Surg.* 27: 188-198, 2007.
9. Ivy, E.J., Lorenc, Z.P., Aston, S.J. Is there a difference? A prospective study comparing lateral and standard SMAS face lifts with extended SMAS and composite rhytidectomies. *Plast. Reconstr. Surg.* 98: 1135-1143, 1996.
10. Alpert, B.S., Baker, D.C., Hamra, S.T., Owsley, J.Q., Ramirez, O.M. Identical twin face lifts with differing techniques: A 10-year follow-up. *Plast. Reconstr. Surg.* 123: 1025-1033, 2009.
11. Ellenbogen, R. A 15-year follow-up study of the non-SMAS skin tightening facelift with midface defatting: Equal or better than deeper plane procedures in result, duration, safety, and patient satisfaction. *Clin. Plast. Surg.* 24: 247-267, 1997.
12. Baker, D.C. Minimal incision rhytidectomy (short scar face lift with lateral SMAS-ectomy) evolution and application. *Aesth. Plast. Surg.* 21: 14, 2001.
13. Connell, B.F., Semlacher, R.A. Contemporary deep layer facial rejuvenation. *Plast. Reconstr. Surg.* 100: 1513, 1997.

14. Tzafetta, K., Terzis J.K. Essays on the Facial Nerve: Part I Microanatomy
Plast Reconstr Surg. 125 (2): 532-37, 2010
15. Agarwal, G.A., Mendenhall, S.D., Foreman, K.B, Owsley, J.Q. The course
of the frontal branch of the facial nerve in relation to facial planes: An
anatomic study. Plast. Reconstr. Surg. 125(3):879, 2010
16. Gosain, A. K. Surgical anatomy of the facial nerve. Clin Plast Surg. 22(2):
241-51, 1995.
17. Meruane, M., Rojas, M. Adipose tissue derived stem cells. Int J Morphol.,
28(3): 879-889, 2010.
18. González-Ulloa, M. Quantitative principles in cosmetic surgery of the face
(profileplasty). Plast. Reconstr. Surg. 29(2): 186-198, 1962

Ritidoplastia: sutura del sistema SMAS-Platisma e importancia de la filosofía de la naturalidad

RithydoPlasty: SMAS-Platisma suture and the importance of naturality concept



Goulart Jr., R.

Goulart Jr., R.* , Scipioni, A.P.*

Resumen

La ritidoplastia ha pasado por incontables cambios técnicos en relación a los colgajos cutáneos o a los musculares involucrados en el procedimiento. Inicialmente solo se realizaba la tracción de la piel con resultados muy variables; con el tiempo y con un mejor conocimiento de la anatomía facial, los resultados han evolucionado hasta la estandarización de la tracción de las estructuras faciales que en la actualidad es mucho más muscular, realizando sobre la piel solamente el ajuste de la cobertura al nuevo contorno facial.

El objetivo de este artículo es demostrar la eficacia de la sutura simple del sistema SMAS-Platisma y la importancia de considerar una filosofía de la naturalidad que será la base de una técnica moderna de ritidoplastia.

Revisamos un total de 617 pacientes, todas de sexo femenino, que se sometieron a ritidoplastia simple o combinada con otras cirugías en el periodo comprendido entre enero de 1992 a diciembre del 2010. La edad osciló entre los 37 y 75 años. Las cirugías combinadas incluyeron: reducción mamaria, mastopexia, abdominoplastia, implantes mamarios, cirugía de los párpados, rinoplastia, liposucción, cirugía vascular y cirugías ginecológicas. El número de pacientes en las que solo se realizó la ritidoplastia fue 326.

Los índices de complicaciones estuvieron entre el 0,16% y 1,13% con relación a cada complicación estudiada, siendo el total del 4,03%.

El estudio retrospectivo mostró la eficiencia de la sutura simple del sistema SMAS-Platisma y los resultados naturales que se pueden obtener incluso con las cirugías combinadas. Todas las pacientes quedaron satisfechas con los resultados y consideramos que los índices de complicaciones estuvieron en niveles aceptables.

A nuestro juicio, la ritidoplastia, por encima de otras cirugías estéticas, necesita de una rutina técnica eficiente y de un concepto filosófico basado en la más pura naturalidad, que necesita ser independiente de las modas, de las exigencias de la industria y de la mente insatisfecha de las pacientes. Es muy importante que los cirujanos plásticos sean firmes y conduzcan la cirugía con el único propósito de obtener un resultado natural.

Palabras clave Ritidoplastia, Estiramiento facial, Cirugía de la cara, SMAS, Platisma.

Código numérico 26-260

Abstract

RithydoPlasty has been done with standards and new procedures for the last years with great changes in its results. In the beginning, only the skin strength was done with poor results. With a better knowledge about facial anatomy the results has gotten better and changed with a major standards and strengths are done over the muscular framework. The skin, now, only has the cover function over the new facial contouring.

The purpose in this paper, is to show the efficiency of SMAS-Platisma suture and the importance of a natural philosophy that it be the basis over a modern rithydoPlasty technique.

A total of 617 patients underwent rithydoPlasty, all of them female. The surgeries were either alone or combined with additional surgery, between January 1992 and December 2010. The age ranged between 37 and 75 years old.

Combined surgeries included: breast reduction, mastopexy, abdominoplasty, breast implant, blepharoplasty, rhinoplasty, lipoplasty, vascular surgery, hysterectomy and other gynecology surgeries.

Three hundred twenty six patients underwent rithydoPlasties alone. Complication rates were between 0,16% to 1,13% according each complication founded and 4,03% in total.

This review showed the efficiency of a SMAS-Platisma suture and the importance of philosophy of naturality that should be the basis over the technique and the natural results that can be achieved even with combined surgeries. All the patients were satisfied with the outcomes and the post- operatory complications were in acceptable levels.

In our opinion, rithydoPlasty beyond the other aesthetic surgeries, needs a philosophical concept based over the most pure naturality that also needs to be independent from de fashion, the demands from de industry and from the unsatisfied minds of the patients.

It is very important that the plastic surgeons have strong routines and guide de procedure with the only purpose to obtain a natural result.

Key words Rhytidoplasty, Face lifting, Facial surgery, SMAS, Platysma.

Numeral Code 26-260

* Especialista en Cirugía Plástica y Estética.
Práctica privada. Florianópolis, Brasil.

Introducción

La cirugía facial se ha desarrollado desde la década de los 50, cuando este tipo de cirugía estética empezó a realizarse a mayor escala, aparecieron patrones de técnica quirúrgica y publicaciones al respecto (1). Al principio este tipo de cirugía se realizaba con poco despegamiento de la piel y tracción exclusivamente cutánea. En la década de los 70 con Mitz y Peyronie apareció una gran evolución tras el descubrimiento del SMAS y la posibilidad real de que las fuerzas de tracción fueran aplicadas sobre los músculos de este sistema más que sobre la piel (2).

Las cirugías de ritidoplastia cambiaron y la posibilidad de obtener una mayor naturalidad y duración de los resultados entusiasmó a todos los cirujanos. Si hoy disponemos de un mejor conocimiento de la anatomía de la cara y una profundización de los límites de la cirugía facial es gracias a estos estudios y a esos cirujanos pioneros (1, 2).

A pesar del descubrimiento del SMAS y de todo el conocimiento anatómico y tecnológico obtenido tras todos estos años, aún seguimos observando resultados demasiado artificiales, en ocasiones hasta desfigurantes de la cara, o resultados de poca duración y significado tras mínimas cirugías faciales. El problema está en la falta de un concepto filosófico que sea la base de la técnica de ritidoplastia.

En toda actividad humana existe siempre una idea que origina un concepto que se pone a prueba científicamente. En la cirugía de ritidoplastia esto no es diferente. El cirujano que desea hacer una buena cirugía estética de la cara, con máximo respeto al paciente y a su identidad facial, tiene por obligación elegir una filosofía que sea la base de sus acciones, desde el diagnóstico hasta el resultado final de la cirugía. Los resultados artificiales que encontramos por todo el mundo son debidos a la falta de este sentido filosófico, lo que obliga al cirujano a buscar en la ilusión de la tracción excesiva de la piel una respuesta para el inevitable envejecimiento del ser humano (3).

Lo que proponemos en este artículo es un concepto de naturalidad absoluta, sin espacio para cualquier duda o miedo en su aplicación (4) (Fig. 1). El concepto de naturalidad en la Cirugía Plástica y Estética, y en especial en la cirugía de la cara, es una obligación para todos los cirujanos que deseen realizar esta intervención en un nivel superior y que respeten la identidad e integridad del ser humano; debe estar presente en todas sus cirugías como una disciplina que se reforzará con la práctica.

La naturalidad e individualidad de cada paciente está por encima de las modas, de la industria, de los conceptos artificiales y empobrecidos de belleza que unos individuos imponen a otros sin tener la más remota idea de lo que es verdaderamente la belleza natural del ser humano. (Fig. 2). De esta forma, el resultado de la cirugía mantendrá absolutamente todas las características anatómicas originales de la cara, todas las características del

grupo etario del paciente, todas sus características individuales que le hacen un ser único y no una cara más operada y deformada en nombre de la técnica (3-6) (Fig. 3).

La tracción excesiva o exclusiva sobre la piel y la falta total de un concepto estético de naturalidad hacen que muchos cirujanos entiendan la cirugía facial como una simple cirugía de tracción máxima y de rejuvenecimiento máximo, lo que conlleva unos resultados sin significado personal para el paciente (7).

Lo más importante es entender que, especialmente en el caso de la cirugía de la cara, se busca una juventud moderada, el mínimo posible de tracción, el total mantenimiento de las características originales del paciente y por lo tanto, no se debe tener miedo a las arrugas (3-7). No hay que ceder ante el clamor del estiramiento absoluto o de la búsqueda de la juventud absoluta y con ello, de los malos resultados. En la ritidoplastia hay que imponer la condición de médico por encima de la condición de cirujano plástico y explicar con claridad a los pacientes todos los detalles y la importancia de un resultado natural sobre un resultado artificial impuesto por una sociedad que ha perdido los parámetros de naturalidad e incluso del sentido común.

En este sentido, buscando la simplicidad y eficiencia, creemos que la simple sutura del sistema SMAS-Platisma de acuerdo con los vectores de tracción, presenta evidencia de su practicidad, seguridad, durabilidad y se encuentra perfectamente dentro de las exigencias del concepto filosófico de naturalidad al generar resultados muy naturales relacionados con la suavidad y flexibilidad intrínsecas de la técnica (3-10) (Fig. 4).

Material y método

Revisamos retrospectivamente un total de 617 ritidoplastias realizadas durante el periodo comprendido entre enero de 1992 y diciembre del 2010, todas ellas en pacientes de sexo femenino, con edades que oscilaron entre los 37 y 75 años.

En 404 pacientes realizamos ritidoplastia tradicional, siempre con tratamiento del SMAS, despegando y traccionando el colgajo del sistema músculo-aponeurótico superficial; y en los últimos 213 pacientes llevamos a cabo solo tratamiento del SMAS mediante sutura del mismo con hilo reabsorbible siguiendo los vectores de tracción sugeridos por Baker (5). Del total de pacientes, en 326 llevamos a cabo ritidoplastia aislada (incluyendo blefaroplastia) y en 291 hicimos ritidoplastia combinada con otras cirugías estéticas, ginecológicas y vasculares (Tabla I y Gráfico 1).

En las pacientes fumadoras, que necesitaban perder peso (sobrepeso por encima de 15 kg de su peso ideal) o que fueron clasificadas ASA II, III o IV, contraindicamos el procedimiento. A las fumadoras se les indicó que debían interrumpir el hábito 30 días antes y 30 días después de la fecha de la cirugía.



Fig. 1. Ritidoplastia y blefaroplastia. Naturalidad en el resultado con colgajo de SMAS-Platisma. Pre y postoperatorio a los 4 meses.



Fig. 2. Ritidoplastia y blefaroplastia. Colgajo SMAS-Platisma. Pre y postoperatorio a los 3 meses.



Fig. 3. Ritidoplastia y blefaroplastia . Mantenimiento de las características del grupo etario de la paciente con colgajo de SMAS-Platisma. Pre y postoperatorio a los 4 meses.



En todos los casos utilizamos drenajes de succión en el postoperatorio que fueron retirados al día siguiente de la intervención, así como drenaje linfático manual (11).

Antes de la cirugía diseñamos los límites de la disección y marcamos las incisiones con azul de metileno. Infiltramos el colgajo mediante jeringa de 20 ml y catéter intravenoso del 18 con una mezcla de 300 ml de solución salina, 1 ml de adrenalina al 1:1000 y 40 ml de lidocaína al 2% sin vasoconstrictor. En los casos en los que la cirugía se realizó bajo sedación, adicionamos a esa mezcla 10 ml de bicarbonato sódico al 8,4%.

Nuestra rutina en las ritidoplastias se basa en una atención absoluta al sistema SMAS-Platisma (100% de los casos), y el despegamiento del colgajo de piel es únicamente una vía de acceso para llegar a los músculos.

Comenzamos con la disección cutánea que incluye siempre un despegamiento amplio de la la región submentoniana uniendo las dos hemicaras en esta zona (6). Después, hacemos también en el 100% de los casos una liposucción en régimen abierto con cánula n° 4. Continuamos con una incisión submentoniana para la sutura del platisma medial y practicamos las suturas del SMAS en el tercio medio de la cara de acuerdo con Baker (5). Desde que iniciamos la sutura del SMAS-Platisma hace 6 años lo hacemos con una variación de la técnica de Baker. El autor hace la sutura o resección con sutura del SMAS-Platisma en el tercio medio de la cara siguiendo a través del ángulo mandibular y fijando el músculo platisma en su porción cervical a la mastoide. Nosotros hemos preferido hacer la sutura del SMAS en el tercio medio de la cara y el despegamiento parcial del borde externo del platisma desde el ángulo mandibular hasta aproximadamente la mitad inferior del músculo, para entonces fijar éste en la mastoides. El vector de tracción de la sutura del SMAS en el tercio medio es más vertical

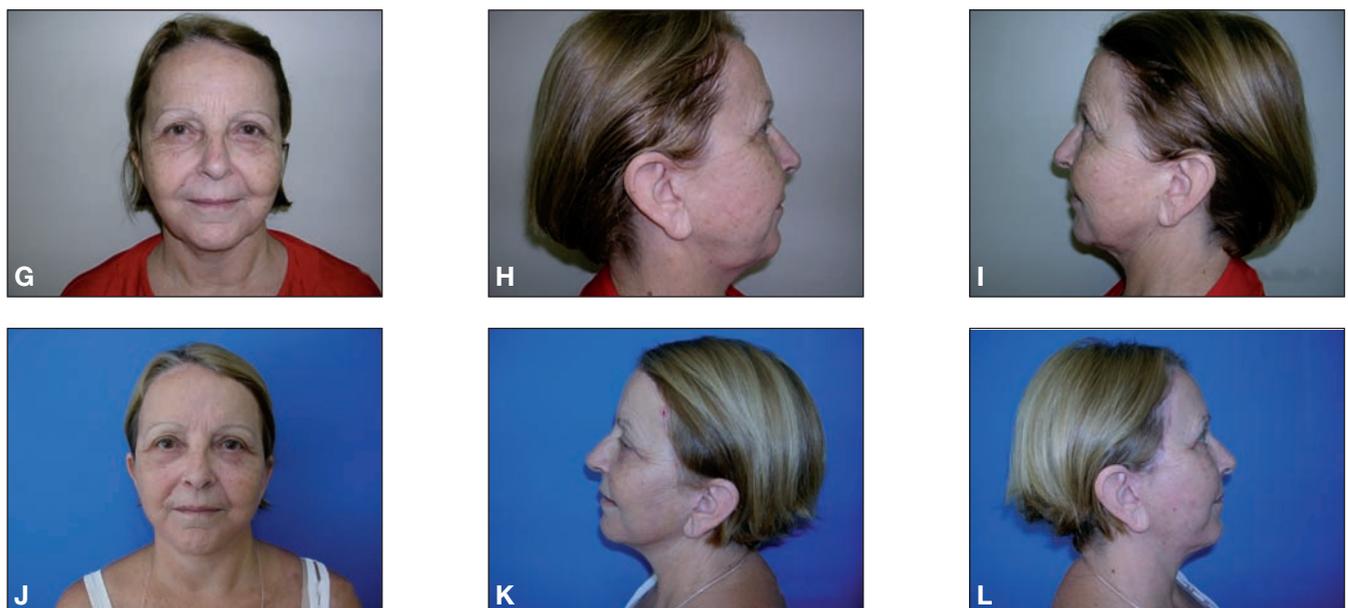


Fig. 4. A-I: Ritidoplastia. Naturalidad en el resultado con colgajo de SMAS-Platisma e imagen de la paciente 13 años después. J-L: Ritidoplastia secundaria con sutura del SMAS-Platisma, postoperatorio a los 4 meses. En el conjunto de imágenes vemos la evolución completa de la paciente entre 1997 y 2010.

Gráfica 1. Distribución de las cirugías revisadas entre 1992 y 2010 según la combinación de ritidoplastia con otras cirugías.



Tabla I. Distribución de las ritidoplastias del grupo de estudio según la combinación con otras cirugías asociadas

CARA	326
CARA + MAMAS	76
ABDOMEN + CARA	65
CARA+ RINOPLASTIA	57
CARA + LIPOSUCCIÓN	22
ABDOMEN + CARA + MAMAS	17
ABDOMEN + CARA + LIPOSUCCIÓN	10
CARA + PRÓTESIS DE MAMA	6
ABDOMEN + CARA + PRÓTESIS DE MAMA	6
ABDOMEN + CARA+ LIPOSUCCIÓN + MAMAS	4
CARA + LIPOSUCCIÓN + MAMAS	4
ABDOMEN + CARA + HAT* +PERÍNEO	2
ABDOMEN + CARA + LIPOSUCCIÓN+ PRÓTESIS DE MAMA	2
BLEFAROPLASTIA + CARA + MENTO + RINOPLASTIA	2
BLEFAROPLASTIA + CARA + VARICES	2
CARA+ IMPLANTE DE CABELLO	2
CARA + LIPOSUCCIÓN + VARICES	2
CARA + MAMAS + CORRECCIÓN DE AREOLA	2
CARA + MAMAS + RINOPLASTIA	2
CARA + PERINEO	2
CARA+ PRÓTESIS DE MAMA + RINOPLASTIA	2
CARA+ RETIRADA DE PRÓTESIS	2

*HAT: Histerectomía abdominal total

y su posicionamiento es oblicuo desde el arco zigomático hasta el ángulo mandibular (Fig. 5).

Una vez que el sistema muscular esté reestructurado, llevamos a cabo la reposición de los colgajos de piel sobre la cara. Este es un tiempo quirúrgico muy importante pues es aquí donde el cirujano debe tener la máxima concentración y el control absoluto del concepto de naturalidad. El colgajo de piel debe seguir solamente la reestructuración del SMAS-Platisma, es decir, solamente vestir el espacio de tensión de los músculos, lo que es muy fácil pues solamente hay que ver la ola de piel por encima del músculo traccionado.

Una vez que hemos traccionado lo suficiente para que la piel quede con una superficie normal y ajustada al nuevo contorno facial, podemos hacer las suturas. El primer punto debe estar sobre el pabellón auricular y el segundo siempre sobre la región retroauricular, en la transición de la incisión entre el pabellón auricular y la región del cráneo. Es muy importante poner estos dos puntos de forma rutinaria y disciplinada, pues son los que determinarán el excedente natural de piel pre y retroauricular.

Después seguiremos con la resección cutánea de acuerdo con las rutinas ya conocidas.

La filosofía de la naturalidad impone una metodología precisa que lleve al cirujano a una tracción y resección de piel moderadas respetando los vectores de tracción supe-

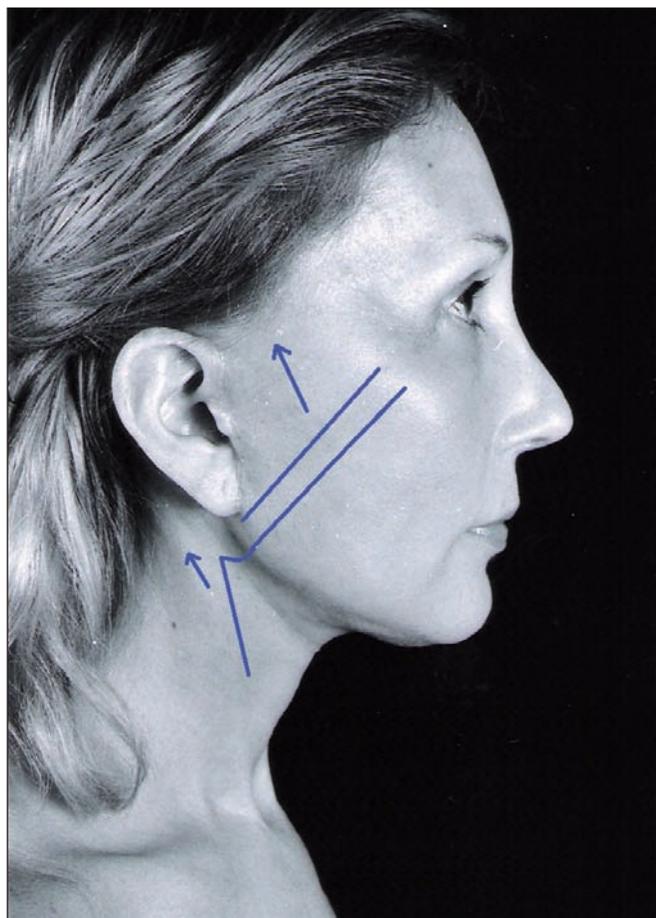


Fig. 5. Ritidoplastia - Vectores de tracción del SMAS desde el arco zigomático hasta el ángulo mandibular y del platisma con despegamiento parcial y sutura en la región mastoidea.

rior ya demostrados en otros artículos y libros de Cirugía Plástica (1,3,5-7). La tracción temporal precapilar (5,6), debe ser la suficiente para lograr un resultado satisfactorio (Fig. 6). Solo tratamos la región frontal cuando ésta es de poca altura y tiene necesidad inequívoca de tratamiento.

En nuestra práctica habitual, las cirugías combinadas tienen un volumen importante. Los tiempos quirúrgicos suelen variar entre 3 y 6 horas en total y la morbilidad no es muy diferente de la de una cirugía simple. La duración de la cirugía de ritidoplastia aislada con tratamiento del SMAS en el 100% de los casos fue de alrededor de 3:30 horas, pero comprobamos una reducción de alrededor de un 10% del tiempo quirúrgico cuando realizamos la sutura simple del SMAS-Platisma en comparación con la cirugía tradicional de despegamiento del colgajo SMAS-Platisma (6).

RESULTADOS

Las complicaciones sufridas en el grupo de estudio estuvieron dentro de los índices aceptables en niveles mundiales para este tipo de procedimiento (1,11-13) (Tabla II).

Tuvimos 12 casos de epidermólisis: 5 (0,81%) preauriculares y 7 (1,13%) retroauriculares. No observamos cicatrices anchas o hipertróficas, queloides o dehiscencias parciales. Comprobamos hiperpigmentación cicatricial en 1 caso (0,16%).

Sufrimos 1 caso (0,16%) de necrosis parcial secundaria a tabaquismo en una paciente que insistió en fumar sin nuestro conocimiento; 1 caso de hematoma de grandes proporciones (0,16%) en una paciente con hipertensión arterial de difícil control y 7 pequeños hematomas localizados principalmente en la región retroauricular que fueron tratados con aspiración simple y posterior drenaje linfático (1,13%); 2 casos (0,32%) de parálisis facial temporal: 1 de la rama temporal, creemos que por elongación del nervio cerca del despegamiento de la piel precapilar en el borde externo palpebral, y 1 caso de la rama mandibular que creemos fue debida a trauma térmico por electrocoagulación. En los dos casos hubo recuperación completa, a los 3 y a los 6 meses respectivamente.

También tuvimos 1 caso (1,16%) de trombosis venosa y tromboembolismo pulmonar en una paciente en que practicamos cirugía combinada de cara, mamas y abdomen. La paciente fue diagnosticada y tratada precozmente conforme a la rutina descrita para estos casos.

Controlamos la satisfacción de las pacientes mediante encuesta personal y directa 3 meses después de la cirugía, con el resultado de excelente en el 100% de los casos. El principal aspecto de satisfacción para las pacientes fue la forma natural de la cara, que más que nada según ellas, no despertó la atención de sus conocidos acerca de que se hubieran realizado una cirugía facial. Las pacientes dijeron que lo que les solían preguntar era qué habían hecho para tener un aspecto hermoso y un contorno suave (Fig. 7 y 8).



Fig. 6. Ritidoplastia más blefaroplastia. Incisión precapilar en la región temporal y sutura del SMAS-Platisma. Pre y postoperatorio a los 3 meses.

Tabla II: Ritidoplastia.
Complicaciones postoperatorias en el grupo de estudio

Complicaciones	Nº	%
Epidermolisis preauriculares	5	0,81
Epidermolisis retrouriculares	7	1,13
Ensanchamiento de cicatrices	0	0
Cicatrices hipertróficas	0	0
Hiperpigmentación de cicatrices	1	0,16
Queloides	0	0
Dehiscencia parcial de cicatrices	0	0
Necrosis por tabaquismo	1	0,16
Grandes hematomas	1	0,16
Pequeños hematomas	7	1,13
Parálisis facial temporal	2	0,32
Parálisis facial permanente	0	0
TVP/TEP*	1	0,16
Infecciones	0	0
Total	25	4,03

*Trombosis venosa profunda /Tromboembolismo pulmonar profundo

Discusión

La ritidoplastia es una cirugía esencialmente artesanal y que necesita mucha concentración y una rutina muy fuerte y disciplinada por parte del cirujano que la prac-

tica. Cuando se realiza dentro de estos parámetros suele ser muy satisfactoria tanto para paciente como para cirujano. Los índices de complicaciones suelen ser muy bajos y la recuperación es rápida, alrededor de 15 a 20 días (1) (Fig. 9).

Desde una visión de naturalidad, es muy importante ignorar las arrugas y comprender profundamente el mecanismo de envejecimiento de la cara (3,4). La división de la misma en 3 tercios (1/3 superior: frontal y cejas, 1/3 medio: facies central y nariz y 1/3 inferior: línea mandibular, cuello y mentón) es muy útil para el diagnóstico de los problemas de la cara (3,4,12,13). Sin embargo, esta división no puede ser la línea principal para los procedimientos quirúrgicos. Es decir, no sirve como parámetro para una actuación global sobre el rostro. La piel y el SMAS-Platisma tienen un movimiento descendente que empieza en la región superior de la cara. Esto significa que la flacidez de la cara es un fenómeno descendente de todo el rostro.

Desde este concepto, las cirugías faciales mínimas con actuación sobre una u otra región, suelen ser de poco resultado estético o de poca duración en el tiempo, y a su vez pueden ser peligrosamente deformantes de la cara considerada como un todo (3,4,6,9,10).

Es muy importante considerar el rostro en su conjunto, desde la región frontal hasta el cuello, con excepción del nariz y de los párpados que pueden ser intervenidos quirúrgicamente sin perjuicio del resto de la cara (3,6,12,13).



Fig. 7. Ritidoplastia más blefaroplastia y *peeling* con ácido retinólico al 5%. Pre y postoperatorio a los 4 meses.

El concepto de cirugía mínima facial está en contra de la filosofía de la naturalidad, pues en el momento en que actuamos sobre uno de los tercios de la cara estamos deformando los otros dos, y si no deformamos, tampoco ofrecemos un resultado satisfactorio y duradero más allá de los 3 años de postoperatorio (13-15).

En el momento actual, la cirugía mínima facial casi es de carácter ambulatorio y ocupa un lugar importante en la práctica de muchos equipos quirúrgicos que tienen un aura de modernidad. Pero esto no es modernidad. Modernidad es utilizar el profundo conocimiento dejado por los cirujanos pioneros para hacer la cirugía de la cara lo más completa y definitiva posible, con un resultado final agradable, natural y respetando todas las características individuales y únicas del paciente, incluso su condición etaria (2,3,5,14) (Fig. 10 y 11).

Por lo tanto, para nosotros, son esenciales dos parámetros: la cara como una totalidad, sin divisiones académicas y la línea del arco mandibular que es el divisor entre una cara joven y una cara envejecida, además por supuesto, de la naturalidad como resultado final (4-6) (Fig. 12 y 13). La línea mandibular es un parámetro fundamental en el mantenimiento de la jovialidad de la cara y tiene el poder de definir estéticamente el rostro. Algunos autores (3) apuntan que la mayoría de los pacientes están más preocupados por su línea mandibular que por otras partes del rostro.

La historia de la ritidoplastia, desde sus comienzos, ha sido una permanente búsqueda de estructuras y pla-

nos más profundos para obtener resultados mejores y más duraderos (7). Esto es posible desde los trabajos de Mitz y Peironie sobre el sistema SMAS-Platisma (2). Después del descubrimiento de estos dos autores, la cirugía de la cara entró en un nuevo paradigma y el tratamiento del sistema SMAS-Platisma pasó a ser una etapa importante de la cirugía. Actuando sobre este sistema músculo-aponeurótico conseguimos resultados más consistentes y duraderos. La naturalidad es una consecuencia y una prerrogativa cuando se trata el SMAS-Platisma y se actúa sobre todo el rostro en una dimensión global, como determina la filosofía de la naturalidad (Fig. 14).

El sistema SMAS-Platisma tiene mucha flexibilidad y responde muy bien a los vectores de tracción (5-7,9) en términos de duración del tratamiento, forma, seguridad y naturalidad.

Las cirugías de SMAS extendido (10) o SMAS vertical extendido (9), suelen ser muy peligrosas por la posibilidad de causar lesiones en las ramas del nervio facial, así como las elevaciones del colgajo simple de SMAS (6). Pero en todas hay la confirmación de que la tracción del sistema SMAS-Platisma es fundamental para el reposicionamiento de los tejidos de la cara y para lograr un resultado más duradero.

Con la profundización de los estudios anatómicos de la cara y sus ligamentos de conexión a las estructuras profundas (7), emergió la posibilidad real de que, al contrario de una amplia y peligrosa disección del sistema SMAS-Platisma, pudiéramos simplemente sutu-



Fig. 8. A-C: Paciente intervenida en 1990 por otro equipo quirúrgico; solo tracción de piel. Vemos claramente las cicatrices preauriculares, el lóbulo auricular traccionado y la mala resolución de la región mentoniana. D-F: Postoperatorio a los 3 meses; resultado natural tras sutura del SMAS-Platisma.

rarlo basándonos en vectores de tracción y obtener así los mismos resultados de duración y naturalidad añadidos a una inconmensurable ganancia en seguridad y eficacia (5-7).

En palabras de Ventura(7): "... El reconocimiento de estos ligamentos que fijan el SMAS al esqueleto facial y a la aponeurosis profunda del masetero es la clave principal de la cirugía facial que utiliza el SMAS, porque si existe un bloqueo entre el punto de fuerza y el área que requiere corrección, no es posible para un colgajo de SMAS mejorar esa área. Por lo tanto, las opciones técnicas para cumplir con el cometido son dos:

1. SMAS extendido (liberación de las fijaciones).

2. *By-pass* o puente con suturas entre el SMAS medial y el lateral neutralizando los ligamentos de retención. Una forma simple de cumplir con el mismo cometido es mediante la tracción del SMAS medio desde el SMAS lateral con puntos de remolque, que salten la línea de fijación en forma de puente anulando el efecto de retención. Esto aclara la efectividad de los puntos de tracción y anclaje..."

Pero verificamos que el asunto suele ser aún más simple, pues Ventura en su artículo recomienda una sutura más amplia y profunda que envuelve la fascia temporal (7). Las suturas traccionando el SMAS-Platisma en vec-



Fig. 9. Ritidoplastia con colgajo de SMAS-Platisma más blefaroplastia. Pre y postoperatorio a los 13 días. Postoperatorio sencillo y de rápida evolución.



Fig. 10. Ritidoplastia. Cirugía con sutura del SMAS-Platisma respetando la edad de la paciente y la naturalidad de las formas. Pre y postoperatorio al mes y medio de la cirugía.



Fig. 11. Ritidoplastia con sutura del SMAS-Platisma más blefaroplastia respetando la edad de la paciente y la naturalidad de las formas. Pre y postoperatorio a los 4 meses.

tores de dirección craneal pueden ser más simples e igualmente efectivas como hemos visto en nuestra experiencia, generando una naturalidad aún mayor por su flexibilidad y plasticidad de confección que permite soluciones mucho más a medida para cada paciente en particular, o que siguen rigurosamente las premisas de la filosofía de la naturalidad (14,15).

Sin embargo, no sería exagerado decir que actualmente, la sutura del sistema SMAS-Platisma de acuerdo con vectores de tracción de la cara es la base de la moderna cirugía facial y de la filosofía de la naturalidad (5-7).

La sutura simple del SMAS-Platisma cumple todos los requisitos y genera amplia eficacia y seguridad para la cirugía de la cara.

La cirugía de la cara, con mucha frecuencia, es criticada y considerada como una frivolidad carente de beneficios, pero la realidad es otra (13,15). Los beneficios para los pacientes son muchos, especialmente en la autoestima y calidad de vida (15). Cuando estamos comprometidos con el concepto de naturalidad obtenemos frecuentemente este tipo de resultados y generamos más

confianza en nuestros pacientes y en la población en general acerca de que los tiempos de las caras artificiales, resultado de una falta de conocimientos más profundos y de la falta de compromiso con la naturalidad y la individualidad, ya pasaron.

Conclusiones

Desde el descubrimiento del sistema SMAS-Platisma, la ritidoplastia ha sufrido una gran evolución. Con los colgajos de SMAS ya teníamos una excelente técnica para lograr resultados estéticos más naturales en la cara. Con la simple sutura del SMAS-Platisma hemos evolucionado aún más hacia la eficacia y la simplicidad sin afectar a la duración de los resultados y creando al mismo tiempo condiciones para que estos resultados sean aún más naturales.

Sin embargo es muy importante que los cirujanos adopten una rígida filosofía de la naturalidad que sea la base del diagnóstico y de la técnica quirúrgica.



Fig. 12. Ritidoplastia con colgajo de SMAS-Platysma más blefaroplastia. Pre y postoperatorio a los 4 meses.

Agradecimiento

Al Dr. Ronaldo Pontes y al Dr. Liacyr Ribeiro por todo su apoyo y por las enseñanzas que recibimos en todos estos años a través de su ejemplo y extraordinario trabajo y dedicación al desarrollo de la Cirugía Plástica.

A la Sra. María Cristina R. Goulart, administradora del equipo, por su colaboración en la preparación de este trabajo.

Dirección del autor

Dr. Remi Goulart Jr.
Calle Algas 811, Apto. 202 B
Jurerê Internacional, Florianópolis/SC – Brasil
CEP 88053-505.
e-mail: remigoulartjr@gmail.com

Bibliografía

- Pitanguy I., Machado BH.:** Facial rejuvenation surgery: a retrospective study of 8788 cases. *Aesth. Surg. J.* 2012; 32(4):393-412.
- Mitz V., Peyronie M.:** The superficial musculo-aponeurotic system (SMAS) in the parotid and cheek area. *Plast. Reconstr. Surg.* 1976; 58(1):80-88.
- Coleman S.R., Grover R.:** The Anatomy of the Aging Face: Volume Loss and Changes in 3-Dimensional Topography. *Aesth. Surg. J.* 2006;26(1):4-9.
- Reece E.M., Rohrich, R.J.:** The Aesthetic Jaw Line: Management of the Aging Jowl. *Aesth. Surg. J.* 2008; 28(6):668-674.
- Baker, D.C.:** Minimal Incision Rhytidectomy (Short Scar Face Lift) with Lateral SMASectomy. *Aesth. Surg. J.* 2001;21(1):68-80.
- Letizio, N.A., Anger, J., Baroudi, R.:** Rhytidoplasties: cervicofacial SMAS-plasty according to vector suturing. *Rev. Bras. Cir. Plast.* 2012;27(2):266-271.
- Ventura, O. M., Marcello, G., Marino, H., Buquet, J., Gamboa, J.:** Ritidoplastia con cicatrices cortas: ligamentos de retención y vectores de corrección *Cir. plást. iberolatinoam.* 2008; 34(1): 51-60.
- Guerrosantos, J.:** Managing Platysma Bands in the Aging Neck. *Aesth. Surg. J.* 2008;28(2):211-216.
- Bernard, R.W.:** The Anterior Vertical Smas Lift. *Aesth. Surg. J.* 2003;23:486-494.
- Litner, J.A., Adamson, P.A.:** Limited vs Extended Face-lift Techniques Objective Analysis of Intraoperative Results. *Arch Facial Plast Surg.* 2006;8:186-190.
- Mottura A.A.:** Face lift postoperative recovery. *Aesth. Plast Surg.* 2002;26(3):172-180.
- Castro, C.C.:** Proper Incision Planning Can Avoid Face Lift Stigmata. *Aesth. Surg. J.* 2004;24:75-78.
- Castro, C.C.:** Judging Face Lift Results. *Aesth. Surg. J.* 2005;25: 521-523.
- Sharabi, S.E., Hatf, D.A., Hollier, L.H.:** Facial Attractiveness : Is the Whole More Than the Sum of Its Parts? *Aesth. Surg. J.* 2010, 30: 154-160.
- Litner, J.A., Rotenberg, B.W., Dennis, M., Adamson, P.A.:** Impact of Cosmetic Facial Surgery on Satisfaction With Appearance and Quality of Life. *Arch Facial Plast. Surg.* 2008;10(2):79-83.

Comentario al artículo “Ritidoplastia: sutura del sistema SMAS-Platisma e importancia de la filosofía de la naturalidad”

Dr. Antonio Fuente del Campo

Profesor de Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva, Universidad Nacional Autónoma de México. Profesor Titular de la Maestría en Cirugía Plástica Endoscópica.

Director de la Clínica de Cirugía Plástica Aq̄uel. México DF., México

El trabajo de los doctores Goulart y Scipioni menciona principios de gran importancia en la realización del rejuvenecimiento facial (ritidectomía / ritidoplastia). La importancia del Sistema Músculo-Aponeurótico en estos procedimientos fue planteada y justificada plenamente por Thord Skoog, un gran innovador, quien resumió sus diversas publicaciones en su libro “Plastic Surgery”, publicado por Saunders en 1974 y traducido posteriormente a otros idiomas (al español por Salvat). Posteriormente Tessier, quien conocía los trabajos de Skoog, motivó a Mitz y Peyronie a hacer los estudios anatómicos correspondientes que dieron como resultado el artículo publicado por estos últimos y que actualmente es una referencia clásica.

La pérdida de volumen óseo de la cara, así como la pérdida de consistencia de las partes blandas, obliga a corregir éstas y no solo la piel, que es un elemento de recubrimiento y no de soporte, por lo que resulta ilógico hacer una cirugía que no corrija específicamente las partes blandas profundas y pretenda hacerlo traccionando únicamente la piel. Tal y como describen los autores, la corrección de la flacidez y la caída de las partes blandas debe hacerse corrigiendo directamente estas estructuras y cuidando distribuir la piel en el área, pero sin tensión.

La disección subcutánea suprime el aporte circulatorio profundo de la piel que subsiste gracias a su red superficial. Aunque con el proceso cicatricial la piel se adhiere nuevamente a su lecho, nunca recuperara totalmente este aporte circulatorio,

de ahí que en muchos casos la piel pierda progresivamente su aspecto natural.

En los pacientes con avanzado grado de deterioro se hace necesario eliminar un poco de piel, y se hace necesaria la vía preauricular; pero en los pacientes con grados de ritidosis I y II, se logra la corrección de las partes blandas profundas mediante procedimientos mini-invasivos y/o endoscópicos, haciendo innecesaria la incisión preauricular así como los amplios despegamientos subcutáneos, y con ello, eliminando la posibilidad de necrosis cutánea aún en pacientes fumadores, tal y como hemos comunicado en algunos artículos: “Facelift without preauricular scars”, PRS, 1993; 92: 642-653; “Ritidectomía subperióstica endoscópica”, Cir. plast. iberolatinoam. 1994; 20:393-399; “Subperiosteal facelift: open and endoscopic approach” Aesth. Plast. Surg. 1995; 19: 149-160. “Mini-invasive facial rejuvenation without an endoscope” Aesth. Surg. Jour. 1996; 16: 129-137; “Evolution from endoscopic to miniinvasive facelift: a logical progression ? Aesth. Plast. Surg. 1998; 22, 267-275, etc....

Quiero felicitar a los Drs. Goulart y Scipioni por su aportación en la que dejan muy claros puntos fundamentales que son importantes a tener en cuenta para obtener resultados naturales al realizar un procedimiento quirúrgico de rejuvenecimiento facial.

Respuesta al comentario del Dr. A. Fuente del Campo

Dr. Remi Goulart Jr

Para nosotros es un privilegio y un honor que el Dr. Fuente del Campo haya tenido la generosidad de hacer un comentario sobre nuestro artículo, ya que seguimos su trabajo desde hace muchos años. Agradecemos la profundidad y conocimiento que ha expresado en este comentario y que solo demuestran una vez más porqué él es uno de los más importantes cirujanos de la actualidad y tiene nuestra más profunda admiración por ello.

Conocemos los artículos pioneros del Dr. Fuente del Campo acerca de la cirugía endoscópica de la cara, en especial su trabajo sobre rejuvenecimiento facial poco invasivo sin endoscopia de 1996. Pero el objetivo de nuestro artículo es justamente hacer una reflexión sobre la cara como una totalidad y la importancia de este concepto para lograr un resultado na-

tural. Para cirujanos con talento natural como el Dr. Fuente del Campo, una cirugía mínimamente invasiva suele tener muy buenos resultados; pero en general, en nuestra modesta opinión, los resultados de este tipo de cirugías pueden ser peligrosamente más artificiales y quizás, tener una menor duración en el tiempo que los que ofrece una cirugía completa.

La cirugía mínimamente invasiva de la cara ya tiene su lugar en el arsenal terapéutico actual de la Cirugía Plástica y nosotros la apoyamos, pero invitamos a todos, con este artículo, a reflexionar sobre el tema y a considerar que las cirugías completas de la cara aún tienen su sitio también y pueden ser, en muchas situaciones, una opción mejor a pesar de la tendencia minimalista.