Cirugía estética y perimenopausia

E. Linde

*Servicio de Cirugía Plástica, Reconstructiva y Estética.
Clínica Universitaria. Facultad de Medicina. Universidad de Navarra.*

(Rev Med Univ Navarra 1994; 39: 131-135).

Este capítulo se aleja un poco de la fisiopatología de la menopausia en sí misma y de los problemas secundarios al desarreglo hormonal que caracteriza este período de la vida de la mujer a partir de los 50 años aproximadamente. Sin embargo, son abundantes las consultas que recibimos por parte de mujeres entre los 45 y 55 años, por lo que creemos que es posible encontrar elementos comunes que constituyen la patología de la estética corporal que caracteriza a esta edad y que debe ser tenida en cuenta a la hora de evaluar las consecuencias de la menopausia.

Creo que extenderme en técnicas quirúrgicas podría ser excesivo en un texto como éste, por lo que el enfoque general será dirigido a los problemas estéticos o morfológicos que pueden mejorarse con cirugía, y por otro lado a la situación emocional, motivaciones y características psicológicas que envuelven a mujeres de esta edad que se someten a esta cirugía electiva.

Antes de continuar la descripción me gustaría discutir un término que he usado anteriormente: «La patología de la estética en la menopausia». ¿Es en realidad patología de lo que vamos a hablar, o bien es la evolución fisiológica del organismo y no se puede considerar enfermedad? En algunos casos como en la reconstrucción del cáncer es indiscutible, pues el estado postextirpación no es psicológico, pero existen otros como los efectos del envejecimiento donde la discusión comienza por las indicaciones de su tratamiento. Nosotros pensamos que el término patología debe asociarse con los factores psicológicos que rodean a esta edad. La mujer se trata porque existen motivaciones psicológicas que la inducen a ello y que fisiológicamente no deberían existir.

Hechos claves de la perimenopausia

Más adelante comentaremos los hechos más sobresalientes relacionados con los problemas psicológicos, ya que este factor suele ser la motivación que les induce a tratar su caso. En general son mujeres de edad avanzada con los problemas que esto plantea en el organismo, cuyo objeto de consulta se encuentra: 1) en los signos externos del cuerpo, generalmente en los rasgos faciales; 2) en los problemas relacionados con las secuelas de los embarazos que han pasado en un alto porcentaje; 3) en los problemas de la obesidad; y 4) finalmente, y dado que la frecuencia del cáncer aumenta en esta época, en el interés por la reconstrucción. Al mismo tiempo podemos encontrar algunos hechos que están relacionados con el déficit estrogénico, entre ellos la osteoporosis que envuelve a los huesos del cuerpo y que del mismo modo afecta a la cara y algunas estructuras que en ella se encuentran.

Envejecimiento, embarazo, obesidad, cáncer

En general tenemos unas pacientes con unos problemas que son la motivación principal para requerir los servicios del cirujano plástico y cuya demanda está dirigida hacia trastornos morfológicos relacionados con el envejecimiento, el embarazo, la obesidad y el cáncer y que precisa un apoyo psicológico importante para que el objetivo de mejora física y psicológica se alcance.

Patología general del envejecimiento

Dentro de la patología general de los pacientes de edad avanzada, encontramos algunas alteraciones que contraindican la cirugía electiva y otras que precisan una mayor atención como hipertensión arterial, diabetes, miocardiopatías, insuficiencia renal, etc. Los factores que impiden la intervención son fundamentalmente los que acompañan al deterioro del aparato cardiovascular y su manejo es similar a cualquier otro

tipo de cirugía, con la diferencia de que en ésta el riesgo quirúrgico elevado es una contraindicación para la intervención. No obstante la mayor parte de los casos presentan patología menor que permite la realización de estas técnicas.

Entre los factores a tener en cuenta al tratar estos enfermos encontramos:

1) Factores del estado general que podrían afectar al tipo de anestesia utilizado. Hoy en día cada vez es mayor el número de enfermos tratados bajo anestesia local y sedación en régimen ambulatorio. Este hecho tiene gran importancia pues al no sufrir una depresión tan importante como la anestesia general la recuperación es más rápida y con menos problemas. La servidumbre de este método es el requerimiento de una mayor atención al paciente en el acto quirúrgico en prevención de una depresión inducida por los sedantes en pacientes que por su edad son especialmente lábiles. Actualmente el uso del Midazolam, y en el caso de la anestesia general de corta duración del propofol, permite acelerar la recuperación de estos pacientes.

2) Además del control general del paciente en determinadas técnicas quirúrgicas los antecedentes personales indican la necesidad de extremar ciertos cuidados por la existencia de posibles complicaciones que se han demostrado frecuentes en estas circunstancias. Enfermedades bien localizadas a síntomas de patologías más generales hacen prever un mayor cuidado al realizar determinadas intervenciones. Como es el caso del ojo seco o el exoftalmos en la práctica de la blefaroplastia, que puede complicar el postoperatorio con una conjuntivitis o queratitis por exposición, lo que empañaría el éxito técnico de la intervención y podría afectar al estado psicológico de la paciente.

3) Otras circunstancias influyentes son los hábitos como el consumo de tabaco, cada vez mayor en la mujer, que además de tener efectos en la aparición precoz de aterosclerosis, provoca la vasoconstricción generalizada en la microcirculación de los tejidos aumentando el riesgo de necrosis en la cirugía de colgajos como el «face lift» y la abdominoplastia. Hoy en día se tiene especial cuidado en la selección de pacientes con gran tabaquismo que no cedan en su consumo por lo menos en las dos semanas previas a la intervención por el efecto comprobado experimentalmente del mayor riesgo de necrosis tisular.

4) Finalmente existen casos de patología especial. Enfermedades que podrían predisponer a efectos secundarios con el uso de determinadas técnicas. Es la situación de pacientes con enfermedades del colágeno en las cuales se utilizan prótesis de silicona para el aumento de mamas. Este procedimiento se toma hoy en

día con cierta reserva al destacarse la aparición de síntomas de escleroderma o L.E.D. tras la colocación de prótesis de silicona.

Envejecimiento. Signos

Comenzaremos con los signos del envejecimiento que invariablemente adquieren todas las personas desde su nacimiento y que con la edad se hacen más evidentes como consecuencia del cambio de las propiedades de los tejidos y del efecto de la gravedad y de otros agentes agresivos sobre los mismos. La pérdida de elasticidad y del grosor de la piel se manifiestan en la imagen de muchas mujeres mayores elevándose la cara con las manos en una maniobra que se puede clasificar como de estiramiento para absorber el exceso de piel y la caída de los tejidos. Hablaremos de forma concreta de los signos de envejecimiento a nivel de los tres tercios de la cara.

En el tercio superior, desde la raíz del pelo hasta los ojos, se pueden diferenciar tres problemas. 1) Las arrugas que se sitúan en la frente y en el entrecejo, expresión de la excesiva movilidad a este nivel y que dan un aspecto ceñudo al rostro. 2) La caída de la cola de la ceja que confiere a la paciente un aspecto triste, pues la situación oblicua de las mismas dibuja un arco de concavidad inferior que produce una mirada melancólica. Y 3) la prominencia de relieves frontoorbitarios que dan un aspecto algo cadavérico al resaltar por encima de las partes blandas perioculares y globo en pacientes delgadas.

En el tercio medio, desde los ojos a la línea subnasal, el problema más importante radica en los surcos rasogenianos que indican la caída de los tejidos y el exceso de piel preauricular. Este signo que es uno de los primeros que aparecen con el envejecimiento, incluso a edades muy tempranas, es debido a la caída de la mejilla sobre el labio superior produciendo una sobra en este pliegue nasogeniano. Pero, además, hay dos aspectos a considerar de los que hablaremos a continuación que son la rinoplastia del paciente en edad madura y el tratamiento de los párpados.

Los párpados conforman otro aspecto clave en el envejecimiento pues es uno de los primeros signos del mismo. La hemia grasa representa un factor importante en la fisiopatología del deterioro palpebral, al que se añade el exceso cutáneo por la laxitud de la piel. Estos dos factores van a definir las posibilidades quirúrgicas del tratamiento, encaminado a 1) reponer o reseca la grasa periorbitaria, permitiendo que sea el septum el que dibuje la proyección del globo. Y 2) la resección de la abundancia de piel. A estos procedimientos se puede añadir en ocasiones la remodelación del marco óseo y la fijación del canto externo ocular.

El aspecto final de la cara se concreta en la nariz que sufre un crecimiento progresivo manifestado por el aumento de la giba dorsal, del grosor de la piel y por la caída de la punta nasal, disminuyendo el ángulo nasolabial. Esto se acompaña de la debilidad característica de los huesos por la osteoporosis. Si en los ancianos varones las fracturas consolidan con dificultad, en la mujer este problema aparece antes.

En el tercio inferior destaca 1) la caída de los tejidos a ambos lados del mentón, en forma de sendas bolsas que provocan sombras o surcos en el punto de comienzo del mentón, donde los tejidos blandos están más fuertemente adheridos al esqueleto. 2) El acúmulo de grasa submentoniana. Y 3) la abundancia de arrugas periorales que se formarán por la hiperactividad del músculo orbicular.

Finalmente en el cuello es característica la existencia de una laxitud cutánea y la aparición de bandos de platisma. La situación de estas bridas o fascículos musculares hiperactivos en el músculo platisma puede ser de localización uni o bilateral y pueden aparecer aisladas o en forma generalizada. Si consideramos que el platisma podría ayudar a definir la forma del cuello sin grasa, la excesiva tensión del mismo en algunos puntos en sentido vertical lo desdibuja, así como la acumulación de tejido graso de localización subcutánea y subplatismal, que constituyen la papada.

Envejecimiento. Terapéutica

Pasaremos revista al arsenal terapéutico de que dispone el cirujano plástico para el tratamiento de los signos de envejecimiento. Existen técnicas cuya función es el relleno de las arrugas que se producen en las primeras fases. Estas son técnicas no invasivas entre las que destacan algunos aspectos de la medicina estética junto con las inyecciones de diversas sustancias como silicona, grasa o colágeno, que requieren una técnica relativamente simple. Por otro lado, están la cirugía estética propiamente dicha. Entre las intervenciones habituales destacan el estiramiento facial o «face lift», la blefaroplastia y la rinoplastia, a las cuales se pueden añadir procedimientos sobre mentón, orejas, piel, etc.

El «face lift» consiste en el reposicionamiento de los tejidos faciales en una región superior para compensar su caída, acompañado del estiramiento de la piel que ha perdido elasticidad. Para ello se emplean diversas técnicas entre las que destacan de una forma simplificada el lifting coronal, el lifting cervicofacial (dependiendo del área a tratar, sea el tercio superior de la cara o el tercio inferior y el cuello), y en cuanto al nivel de disección de los tejidos, el estiramiento

subcutáneo, submuscular o subperiótico (dependiendo del tipo de tejido que se resitúa, y de la forma de evitar la caída de los mismos). En el lifting subcutáneo la piel sostiene las estructuras levantadas. En el submuscular el SMAS o fascia parotidea superficial es el mantenedor de tensión, mientras que en el subperiótico es esta estructura lo que soporta el peso de los tejidos blandos.

En cuanto a la zona, el lifting coronal tiene por función estirar la piel de la frente y levantar la cola de la ceja a una posición más armónica con el reborde arbitrario. Para ello y con el fin de elevar la cola o porción lateral, se realiza una resección de la zona del cuero cabelludo temporal tras la desinserción del periostio lateral de la órbita, lo que permite a la vez remodelar la estructura ósea y resituar la cola de la ceja.

Cirugía del embarazo y de la obesidad

Las secuelas del embarazo podemos clasificarlas en alteraciones de las mamas y del absomen. Respecto a los senos encontramos dos tipos. El primero caracterizado por una mama grasa, hipertrofica, con un tamaño importante y situada por debajo del surco mamario. Generalmente se asientan estrías localizadas alrededor del complejo areola-pezones, el cual suele ser de un tamaño superior al normal. Por otro lado no es infrecuente ver mamas plásticas, con componente graso mínimo y que al atrofiarse dan lugar a mamas poco voluminosas y con una caída superior a las anteriores.

En cuanto al abdomen la distensión provocada por el embarazo da un aspecto globuloso con separación de los rectos anteriores y laxitud en los músculos laterales. También aquí es frecuente encontrar estrías cutáneas secundarias a la distensión previa.

La obesidad también tiene sus consecuencias en todo el cuerpo, comenzando por el acúmulo de grasa en la región submentoniana y las mejillas, así como en el abdomen, el cual toma un aspecto péndulo, y en la raíz de los muslos, que podría adquirir por la falta de elasticidad unas características colgantes.

Cirugía de la mama

La cirugía, de la mama en la mayor parte de los casos, consiste en la reducción de la misma con la resección de la piel sobrante y la extirpación de los cuadrantes laterales inferiores. La resección se sirve de la utilización de un pedículo que puede ser variado pero que en la mayor parte de los autores suele ser inferior acompañado o no del pedículo superior. Nosotros empleamos el pedículo doble según la técnica de McKissock que asegura la viabilidad del com-

plejo aerola-pezones. En las mamas hipoplásicas se añade a la resección de piel la oposición de una prótesis de mama para aumentar la proyección del pecho. Estas prótesis de silicona de diferentes características dan al seno reconstruido una textura parecida a la mama normal.

Cirugía del abdomen

En lo referente al abdomen la liposucción o aspiración de grasa por una cánula, sin resección de piel, tiene poco éxito, pues en estas mujeres la piel suele tener poca capacidad de recuperación, lo que nos induce a ser precavidos en casos de abundancia de estrías o que exigen una gran remodelación. En la mayoría de las ocasiones la demolipectomía soluciona el problema tras la resección de la grasa del abdomen y la piel sobrante. La distensión muscular abdominal se trata con la plicatura sobre la línea alba y de los músculos oblicuos y transversos del abdomen. En ocasiones el exceso de piel en sentido transversal impide realizar la técnica habitual, precisando añadir una cicatriz vertical infraumbilical para mejorar las estrías posttembarazo.

Cáncer

El cáncer cuya frecuencia aumenta en estas edades presenta tres tipos diferenciados: el de la mama con las secuelas de la mastectomía, el de la vulva con las reconstrucciones vaginales, y el cáncer facial, cada uno de ellos con características peculiares desde el punto de vista reconstructivo.

En la reconstrucción de mama dentro de las múltiples técnicas existentes, los resultados se destacan hacia la expansión tisular del tejido torácico y la colocación de una prótesis submuscular o bien el empleo de un colgajo musculocutáneo de recto anterior del abdomen con o sin la utilización de prótesis mamaria. En este último caso el pedículo doble con reconstrucción de la pared abdominal es una técnica ya habitual.

Otros problemas

Finalmente es preciso tocar otros temas como la remodelación facial secundaria a la reabsorción maxilar característica de la madurez, a la que se añade la consecutiva a la pérdida de piezas dentarias. En estos casos la aposición de injertos óseos sobre el cráneo mejora de forma importante el perfil facial.

Factores psicológicos

Este punto que con toda seguridad desarrollará en profundidad el especialista en psiquiatría, tiene especial

AUGMENTINE INTRAVENOSO. Especialidad de Uso Hospitalario. **COMPOSICIÓN POR VIAL:** 500/50: Amoxicilina (DCI) (sal sódica): 500 mg. Ácido clavulánico (DCI) (sal potásica): 50 mg. 1 g/200: Amoxicilina (DCI) (sal sódica): 1.000 mg. Ácido clavulánico (DCI) (sal potásica): 200 mg. 2 g/200: Amoxicilina (DCI) (sal sódica): 2.000 mg. Ácido clavulánico (DCI) (sal potásica): 200 mg. **PROPIEDADES:** Es un preparado antibacteriano de amplio espectro constituido por amoxicilina (sal sódica) y ácido clavulánico (sal potásica). Ver detalle de "gérmenes sensibles" en la literatura del producto. **INDICACIONES:** La asociación de amoxicilina y ácido clavulánico por vía i.v. está indicada en el tratamiento de infecciones graves producidas por gérmenes sensibles: respiratorias y O.R.L. (otitis medias, sinusitis, amigdalitis), renales y uro-genitales (cistitis, uretritis, pielonefritis), ginecológicas (gineales), de piel y de tejidos blandos, intra-abdominales (en particular peritonitis), osteo articulares (osteomielitis), septicemia, endocarditis, profilaxis en cirugía abdominal. **POSOLÓGIA:** Se administrará exclusivamente por vía i.v. La posología, por convención, se expresa en cantidad de amoxicilina. A) **ADULTOS:** se utilizarán las presentaciones 1 g/200 mg. o 2 g/200 mg. Pacientes con función renal normal: La posología habitual es 1 g. dos o cuatro veces diarias por vía i.v. directa muy lenta o por perfusión rápida. En las septicemias e infecciones graves, la dosis puede ser elevada a 8 g. diarios e incluso hasta 12 g. diarios. Jamás debe superarse, en un adulto, la cantidad de 200 mg. de ácido clavulánico por administración y la de 1.200 mg. de ácido clavulánico al día. Así, para una dosis de hasta 6 g. diarios se utilizará la presentación de 1 g/200 mg. y para una dosis de hasta 12 g. diarios se utilizará la de 2 g/200 mg. Pacientes con insuficiencia renal: utilizando la presentación 1 g/200 mg. se dosificará con las cantidades siguientes, consideradas como máximo: 1 g. como dosis inicial y a continuación 500 ó 250 mg. cada 12 horas en función del aclaramiento de creatinina, 10-30 ml/min. ó 10 ml/min. respectivamente. Profilaxis quirúrgica: 1 g. durante la inducción a la anestesia en intervenciones de duración inferior a 1 hora. En operaciones más duraderas pueden ser necesarias más dosis de 1 g. (hasta un máximo de 4 g. en 24 horas). Si la intervención supone un alto riesgo de infección puede continuarse esta administración durante varios días, como terapia postquirúrgica, bien por vía i.v. o por vía oral. B) **NIÑOS, LACTANTES Y RECIÉN NACIDOS:** se utilizará la presentación 500 mg/50 mg. Niños y lactantes a partir de 3 meses (5 a 40 Kg.): Usar 100 mg/kg/día, en 4 administraciones al día por vía i.v. directa muy lenta o por perfusión. En las infecciones graves, la dosis será de 200 mg/kg/día en 4 perfusiones al día. Recién nacidos y lactantes hasta 3 meses (2,5 a 5 Kg.): Usar 100 mg. a 150 mg/kg/día, en 3 perfusiones al día. Prematuros: Usar 100 mg/kg/día, en 2 perfusiones al día. **NORMAS PARA LA CORRECTA ADMINISTRACIÓN:** No preparar la solución más que en el momento de la inyección. En adultos no deberá administrarse más de 1 g/200 mg. por dosis por vía i.v. directa, ni más de 2g/200 mg. por cada perfusión. En niños, lactantes y recién nacidos no deberá administrarse más de 25 mg/kg. por dosis por vía i.v. directa, ni más de 50 mg/kg. por cada perfusión. La correcta administración del producto exige respetar unas normas estrictas sobre los disolventes y volúmenes adecuados a utilizar, tiempo de administración, etc., por lo que antes de su utilización se recomienda consultar el prospecto que acompaña a cada presentación o la información correspondiente en monografías y otros medios informativos del producto. **CONTRAINDICACIONES:** Alergias a penicilinas, mononucleosis infecciosa, leucemia linfóide y asociación con alopurinol. **PRECAUCIONES:** Debe administrarse con precaución en pacientes con hipersensibilidad a cefalosporinas o con antecedentes de un fondo alérgico, fundamentalmente medicamentoso. Usar con precaución en los casos de insuficiencia renal, grave alteración hepática, o lactancia. Embarazo: No se ha establecido su inocuidad durante el mismo. **INCOMPATIBILIDADES:** De manera general se recomienda no mezclarlo con ningún otro producto en la misma jeringa o frasco de infusión. No debe utilizarse como disolventes soluciones inyectables de glucosa (dextrosa), de bicarbonato sódico o dextrano. Para más información, consultar el prospecto incluido en cada presentación o monografías y otros medios informativos del producto. **INTERACCIONES:** Evitar su administración conjunta con antibióticos bacteriostáticos, por su posible antagonismo. La amoxicilina a concentraciones altas, puede interferir con algunas determinaciones analíticas. **EFECTOS SECUNDARIOS:** Trastornos de tipo digestivo (náuseas, vómitos, etc.), alérgicos y erupciones cutáneas máculo-papulares. Más raramente, elevación moderada de las transaminasas, algunos casos raros de hepatitis aguda citolítica o colestásicas transitoria (con o sin ictericia), nefritis intersticial aguda, anemia, leucopenia y trombopenia reversibles y algunos casos de colitis pseudomembranosa tras la administración de amoxicilina. **INTOXICACIÓN Y SU TRATAMIENTO:** Con las dosis recomendadas, no se han descrito síntomas de intoxicación. Ante una reacción de hipersensibilidad, se suspenderá su administración y se aplicará el tratamiento específico (antihistamínicos, corticosteroides, adrenalina, etc.). **PRESENTACIONES Y P.V.P. IVA:** Frasco para perfusión 500/50 mg., 1 vial, 379 Ptas.; frasco vial 1 g/200 mg., 1 vial, 756 Ptas.; frasco para perfusión 2 g/200 mg., 1 vial 1.205 Ptas. **AUGMENTINE Envases Clínicos:** 500/50 mg EC 100 viales 20.430 PVL - 24.612 P.V.P. (IVA) 1 g/200 mg. EC 100 viales 40.743 PVL - 49.082 P.V.P. (IVA) 2 g/200 mg. EC 50 viales 32.463 PVL - 39.107 P.V.P. (IVA). Augmentine es marca registrada.

SmithKline Beecham, S.A.

Beecham

importancia en una cirugía que es electiva y por lo tanto está en íntima relación con la motivación del individuo. Me referiré a ella en tres puntos. ¿Cuál es el estado más común de las mujeres que demandan esta cirugía? ¿Qué factores influyen en la motivación por mejorar la forma? Y finalmente, ¿cuáles son los aspectos claves en el reoperatorio y postoperatorio que es preciso tratar con la paciente antes de someterla a la intervención?

En relación con el ámbito psicológico de la paciente, hay que hacer notar la existencia en términos generales de un estado depresivo. En primer lugar por causas anteriores potenciadas por los hechos relativos a la menopausia. En segundo lugar por la aparición de problemas relacionados con la edad independientes de la menopausia, de tipo familiar. Y en tercer lugar por el efecto de algunas preocupaciones como la obesidad o el miedo al cáncer, que se acentúan con factores tales como la pérdida de atractivo y a la existencia de una sexualidad no muy gratificante. Para terminar, este estado se agrava si la conciencia de la falta de fertilidad, hecho tan importante en la mujer, es contemplada como la pérdida de la feminidad.

La motivación es lo que lleva al enfermo a solicitar estas técnicas y está muy implicada con el concepto de la pérdida de feminidad y de la juventud. En líneas generales, la mujer se considera joven hasta que comienzan los desarreglos menstruales, momento en que confluyen el sentimiento de envejecimiento, la pérdida de

atractivo que envuelve a la obesidad y a las secuelas de embarazo, y la mutilación de su feminidad en caso de cánceres como el de mama, dándose una situación que induce a intentar rebajar algunos años de apariencia. Es importante costatar que la ambición de la mujer en este sentido no se traduce en la demanda perfeccionista que caracteriza a la paciente joven, que desea evitar las cicatrices como sea. En esta edad el deseo se reduce a mejorar la apariencia exterior. Este hecho es de tener en cuenta a la hora de elegir una técnica que a pesar de una mayor cicatriz nos permita obtener una mejor forma.

Finalmente el estado depresivo obliga a considerar ciertos aspectos para preparar a la paciente hacia la intervención. Debe quedar claro en el preoperatorio que la cirugía no es la solución a problemas emocionales, y que por otro lado, si la esperanza no se corresponde con el resultado posible, éstos pueden aumentar.

Es de especial interés el estado crítico que surge en el postoperatorio de casi todas las pacientes, consistente en una ligera depresión en las primeras dos o tres semanas, cuando se suman factores como el estado hinchado y los hematomas al sentimiento de culpa que desarrollan algunos pacientes al haber querido modificar lo que (por motivos fisiológicos o incluso religiosos) es inevitable. Por ello el contacto con el enfermo debe ser importante en este momento de gran labilidad emocional.

BIBLIOGRAFIA

1. Peck GC. Ancillary procedures with rhinoplasty. In: *Techniques in aesthetics rhinoplasty*. JB Lippincott Company Philadelphia; 1990.

2. Kaye BL. Facial rejuvenative surgery. JB Lippincott Company. Philadelphia; 1987.

3. Sheen JH. The older patient. In: *Aesthetic rhinoplasty*. The CV Mostby Company. St Louis, Washington DC, Toronto; 1987.

4. Regnault P, Daniel R. Rhytidectomy. In: Regnault P. *Aesthetic plastic surgery*. Little, Brown and Company. Boston, Toronto. pp 371-421; 1984.

5. Goldwyn RM. Aesthetic surgery: Basic principles. In: Regnault P. *Aesthetic plastic surgery*. Little, Brown and Company. Boston, Toronto. pp 31-45; 1984.

6. Meyer R, Tolleth H, Regnault P. Ancillary facial procedures. In: Regnault P. *Aesthetic plastic surgery*. Little, Brown and Company. Boston, Toronto. pp 483-499; 1984.

7. Regnault P, Daniel R. Abdominoplasty. In: Regnault P. *Aesthetic plastic surgery*. Little, Brown and Company. Boston, Toronto. pp 617-655; 1984.

8. Fournier PF, Illouz YG. Collapsing surgery and body sculpturing. In: Regnault P. *Aesthetic plastic surgery*. Little, Brown and Company. Boston, Toronto. pp 686-693; 1984.

9. Bostwick J. Aesthetic and reconstructive breast surgery. The CV Mostby Company. St Louis, Toronto. London; 1983.

10. Rees TD. Blepharoplasty. In: Rees TD. *Aesthetic plastic surgery*. WB Saunders Company. Philadelphia, London, Toronto. pp 459-583; 1980.

11. Rees TD. Aesthetic surgery of the neck and face. In: Rees TD. *Aesthetic plastic surgery*. WB Saunders Company. Philadelphia, London, Toronto. pp 583-731; 1980.

12. Aston SH, Rees TD. Breast reduction and mastopexy. In: Rees TD. *Aesthetic plastic surgery*. WB Saunders Company. Philadelphia, London, Toronto. pp 903-954; 1980.

13. Baker TJ, Gordon HL. Surgical rejuvenation of the face. The CV Mostby Company. St Louis, Toronto, Princeton; 1986.