

**BLEFAROPLASTIA PARA EL TRATAMIENTO DE LA
DERMATOCHALASIS Y REJUVENICIMIENTO FACIAL CON
MELOPEXIA CERRADA (HILOS RUSOS CONTOUR) EN TERCIO
MEDIO E INFERIOR DE LA CARA**

Manuel Ignacio Vejarano Restrepo, MD
Jefe del Departamento de Oculoplástica y Cirugía Plástica Facial
Director médico
Vejarano Cosmetic & Laser Vision Center

Manuel Ignacio Vejarano Restrepo
Correo electrónico: info@vlaservisioncenter.com
Página web: www.vlaservisioncenter.com
**Vialidad Metepec No. 284, Tercer Piso, Edificio San Juan, Residencial las
Américas, CP 52140, Metepec, Estado de México, México**
Teléfono: (722) 2-70-91-00

El autor no tiene ningún interés comercial

RESUMEN

Blefaroplastia para el Tratamiento de Dermatochalasis y Rejuvenecimiento Facial con Melopexia Cerrada (Hilos Rusos Contour) en Tercio Medio e Inferior de la Cara

Manuel Ignacio Vejarano Restrepo, MD

OBJETIVO: Mostrar los beneficios de esta técnica quirúrgica en el tratamiento de la Dermatochalasis más el Rejuvenecimiento Facial.

MATERIALES Y MÉTODOS: Descripción de cada técnica quirúrgica, iniciando con la blefaroplastia de pequeña incisión más algunos tratamientos para la laxitud del párpado inferior. Descripción de los nuevos tratamientos para el rejuvenecimiento del tercio medio e inferior de la cara como es la Melopexia cerrada con Hilos Rusos por pequeña incisión.

CONCLUSIONES: Cada vez nuestros pacientes de rejuvenecimiento facial buscan procedimientos menos invasivos, con buenos resultados funcionales y estéticos. La combinación de la Blefaroplastia y la Melopexia cerrada es un procedimiento seguro y poco invasivo, el cual produce excelentes resultados para el tratamiento de la dermatochalasis y el rejuvenecimiento del tercio medio e inferior de la cara.

ABSTRACT

Treatment of Dermatochalasis and Facial Lift with Blefaroplasty and Closed Melopexy (Contour Filaments)

Manuel Ignacio Vejarano Restrepo, MD

PURPOSE: To describe the benefits of this surgical technique for dermatochalasis and facial lift.

METHODS: Description of the technique is provided. First, small incision blefaroplasty and eyelid laxity management. Second, description of new treatment modalities for facial lift in mid and inferior face is presented. These techniques include closed melopexy and “contour” filaments.

CONCLUSIONS: As cosmetic and oculoplastic surgeons we need to find minimal invasive procedures that provide excellent anatomical and functional outcome. Combination of blefaroplasty and closed melopexy is a safe and effective procedure, that offer excellent results for the treatment of dermatochalasis and facial lift

Blefaroplastia para el tratamiento de la Dermatochalasis y Rejuvenecimiento Facial con Melopexia cerrada (Hilos Rusos Contour) en el tercio medio e inferior de la cara

INTRODUCCIÓN

Gregory L. Ruff, MD Cirujano Plástico de la Universidad de Duke en los años 1990 descubre y publica el uso de la sutura barbada de monofilamento para levantar y dar tono al SMAS (Sistema Músculo Aponeurótico Superficial) y su uso en el rejuvenecimiento facial, y demuestra de los beneficios Intra y Pos quirúrgicos de este tipo de procedimientos poco invasivos³.

Benjamín Schlechter, MD F.A.C.S. Cirujano Plástico de la Universidad de Illinois, retoma la idea de las suturas barbadas para el uso en face lift en el tercio medio e inferior de la cara y es el que realiza los trabajos de investigación para que sean aprobados por la FDA².

Vincent C. Grampapa, MD. F.A.C.S. Cirujano Plástico de la Universidad de New York, Consultor de la NASA, lleva 13 años de experiencia usando técnicas de Face Lift por mínima incisión y comienza con el tratamiento de suturas barbadas en cuello¹.

Claudio de Lorenzi, M.D. Cirujano Plástico de la Universidad de Ontario, fue Presidente de la Asociación de Cirugía Plástica en Canadá, ha publicado de los beneficios de las suturas barbadas más blefaroplastia, más uso de láseres y peellings faciales logrando resultados estéticos excelentes y recuperaciones postoperatorias cortas⁶.

MATERIALES Y MÉTODOS:

DESCRIPCIÓN DE TÉCNICAS QUIRÚRGICAS

BLEFAROPLASTIA 4 PÁRPADOS

Pre quirúrgicamente se toman fotos del paciente, se inicia el marcado en párpados superiores e inferiores, se aplica anestesia local, incidimos la piel para retirar el exceso de piel, cauterizamos para tener planos anatómicos muy claros, retiramos el paquete de grasa nasal, formamos más profundo el surco, cierre por planos, iniciamos los párpados inferiores de la misma manera bajo anestesia local disecamos hasta encontrar y retirar los paquetes de grasa en número de tres (3) y retiramos el exceso de piel. Posteriormente realizamos suspensión del retinaculo para dar tensión de párpados inferior y dar una apariencia almendrada de los ojos, cierre por planos.

MELOPEXIA CERRADA

Siempre para realizar procedimientos de Rejuvenecimiento facial debemos conocer perfectamente la anatomía del área a tratar y de las estructuras nerviosas y vasculares que debemos respetar, por eso realizaremos una breve revisión anatómica y

enfaticaremos en las áreas peligrosas que debemos conocer muy bien para evitar complicaciones intra y pos operatorias⁷.

Zona Facial Peligrosa 2

La Zona Facial Peligrosa 2 incluye el área donde la rama temporal del nervio facial corre debajo de la fascia temporoparietal del SMAS, habiendo surgido desde abajo de la glándula parótida al nivel del arco cigomático en su vía para inervar el músculo frontal en la frente. La lesión de la rama temporal resulta en la parálisis del músculo frontal. Típicamente, la función del orbicular de los párpados se mantiene intacta como consecuencia de la lesión de la rama temporal, debido a que este músculo recibe inervación dual suministrada en la forma de un segundo nervio que proviene de las ramas cigomáticas inferiores. Clínicamente, el lado de la frente involucrado se paraliza, con ptosis de la ceja, asimetría de las cejas, y una falta de simetría en la expresión de la frente. (Fig. 1).



Figura 1. Lesión zona facial peligrosa 2

Localización Anatómica. La zona Facial Peligrosa 2 se localiza dibujando una línea desde un punto 0,5 cm debajo del trago a un punto 2 cm sobre la ceja lateral. Una segunda línea se dibuja a lo largo del arco cigomático al borde orbitario lateral. Una tercera línea cae desde el punto sobre la ceja a través del extremo de la ceja al arco cigomático. Estas tres líneas definen un triángulo (Figs. 2 y 3) en el cual la rama temporal del nervio facial descansa debajo de la superficie de la fascia temporoparietal y es más probable que pueda ser lesionada.

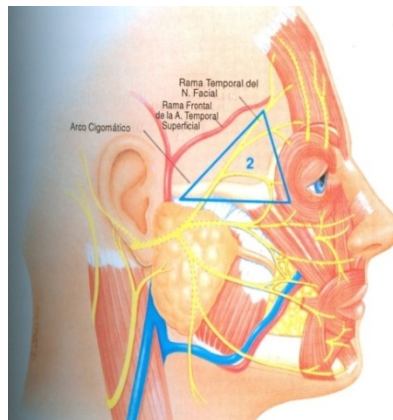
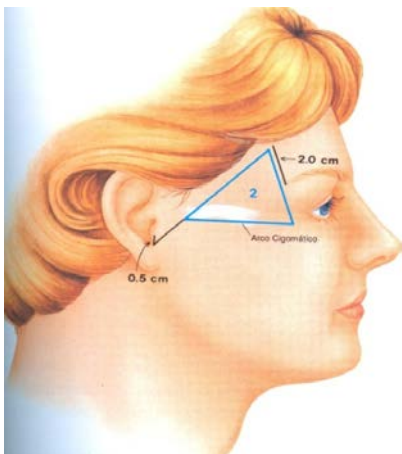


Figura 2. Localización Zona Peligrosa 2 Figura 3. Anatomía Zona Peligrosa 2

Dissección Quirúrgica. La rama temporal del nervio fácil emerge por debajo de la glándula parótida y corre bajo la superficie de la fascia temporoparietal, así la disección puede realizarse profunda a la fascia temporoparietal o de manera sensata en el plano subcutáneo sobre esta capa pero no inmediatamente debajo de la fascia temporoparietal.

Este plano se logra disecando la fascia subtemporoparietal del SMAS desde el cuero cabelludo, próximo cigomático y disecando la capa supra-SMAS subcutáneamente en la mejilla desde la rama mandibular subiendo hasta el pómulo. El punto en el cual estos dos planos se encuentran revela la capa SMAS o mesotemporalis en la cual la rama temporal del nervio facial reside y esta rama puede, en ocasiones, ser vista corriendo justo debajo de la rama frontal de la arteria temporal superficial. La exposición e identificación de la mesotemporalis ayudará a evitar lesiones de este nervio.

En la ritidectomía subperióstica u otros procedimientos en los cuales los tejidos son elevados de su unión al arco cigomático, la capa superficial de la fascia temporal profunda puede ser incidida para entrar a la almohadilla adiposa temporal superficial en este espacio, y la disección podría proceder inferior y anteriormente con menos oportunidad de lesionar la rama frontal.

Zona Facial Peligrosa 4

La Zona Facial Peligrosa 4 incluye las ramas cigomática y bucal del nervio facial, las cuales son superficiales y descansan sobre la almohadilla adiposa de Bichat. La lesión de estos nervios puede resultar en parálisis de los músculos cigomático mayor y menor y del músculo elevador común del ala de la nariz y del labio superior, causando la caída del labio superior y la comisura bucal del lado afectado. La caída del labio superior del lado afectado crea considerable asimetría durante el reposo. La deformidad es más aparente, sin embargo, cuando el paciente sonríe. La acción contraria de los músculos cigomáticos mayor y menor que en el lado opuesto halan la boca hacia el lado normal crea una apariencia distorsionada (Fig. 4).

Afortunadamente, las ramas cigomática y bucal se interconectan libremente; así la parálisis usualmente no es permanente, a pesar de lo cual algunos pacientes tienen una contracción espasmódica permanente e involuntaria o una contracción del músculo afectado después de una lesión parcial del nervio. Sin embargo, la parálisis permanente de estos músculos puede ocurrir, y cuando esto sucede, la deformidad es severa y difícil de corregir.



Figura 4. Lesión Zona Facial Peligrosa 4

Localización anatómica. La Zona Facial Peligrosa 4 está localizada profunda al SMAS-cutáneo del cuello y la fascia parotídea y puede estar en riesgo sólo durante la ritidectomía compuesta y la disección extensa del sub.SMAS en la mejilla. Este espacio es triangular y es anterior a la glándula parótida, superior al cuerpo mandibular, posterior al músculo cigomático mayor, y superficial al músculo masetero y a la almohadilla adiposa de Bichat.

Antes de la intervención, esta zona puede estimarse palpando el punto más alto de la eminencia malar y el borde posterior del ángulo mandibular y colocando un punto sobre cada uno de estos puntos óseos y un tercero sobre la comisura bucal. Un triángulo se dibuja conectando estos tres puntos y se define un espacio triangular limitado anteriormente por el músculo cigomático mayor, inferiormente por la mandíbula, y posteriormente por la glándula parótida (Figs. 5 y 6).

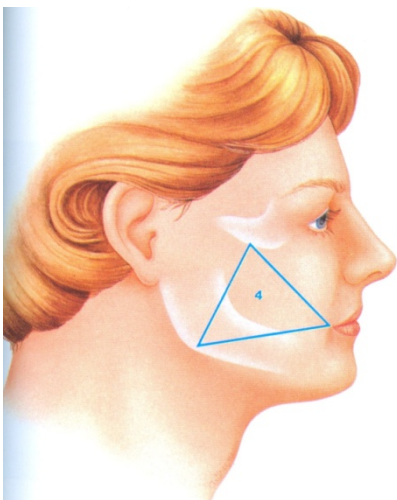


Figura 5. Localización Zona Peligrosa 4

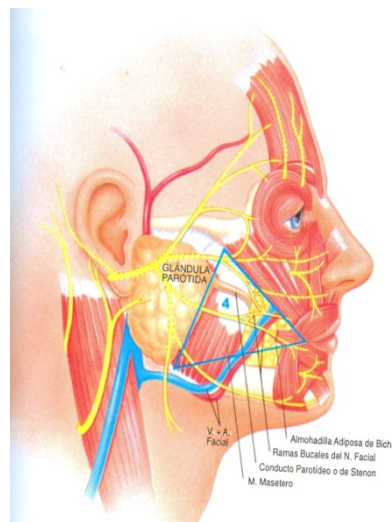


Figura 6. Anatomía Zona Peligrosa 4

Disección Quirúrgica. El daño de las ramas cigomática y bucal puede ocurrir sólo cuando el plano de disección está debajo del SMAS. Así este tipo de daño puede típicamente ocurrir sólo en los procedimientos más invasivos de estiramiento facial como en las técnicas de ritidectomía ampliada del sub-SMAS o compuesta. Durante la típica disección subcutánea del "lift" facial estas ramas del nervio permanecen protegidas por el SMAS y no están expuestas a la lesión.

Los procedimientos de ritidectomía más profundos en el sub-SMAS, pueden, sin embargo, ser realizados con un mínimo riesgo de lesión a las ramas cigomática y bucal. El SMAS y la capa facial parotídea fusionadas es incidida debajo del pómulo y en frente de la oreja y es cuidadosamente disecada como una unidad fuera de la glándula parótida. En la ritidectomía compuesta la incisión del SMAS se hace anterior a la parótida y las ramas del SMAS-cutáneo del cuello son elevadas usando la técnica de separación vertical.

Con cualquier técnica, a medida que la disección alcanza el borde anterior de la glándula parótida, se pueden girar las tijeras en un suave movimiento vertical de la extensión hasta disecar el SMAS cuidadosamente a distancia de las ramas nerviosas cigomático y bucal, del músculo masetero, del conducto parotídeo y de la almohadilla adiposa de Bichat. En el segmento anterior de la Zona Facial peligrosa 4 la porción lateral del músculo cigomático mayor se hace visible. Las ramas cigomáticas están más superficiales justo antes de extenderse debajo de la porción superior del músculo cigomático mayor cerca de su origen a partir del arco cigomático; la lesión es más probable que ocurra aquí. En muchos pacientes una pequeña rama a partir de la rama cigomática se extiende sobre el músculo cigomático mayor para inervar la porción inferior del orbicular de los párpados.

Esta pequeña rama es fácilmente interrumpida en el curso de una disección en la Zona Facial Peligrosa 4. Sin embargo, el músculo orbicular de los párpados recibe también inervación de la rama temporal del nervio facial; así una parálisis completa del orbicular de los párpados no es frecuente. Típicamente, una parálisis completa del orbicular de los párpados sólo se ve en pacientes con lesiones del tronco proximal del nervio facial, como las que ocurren después de la sección del tronco del nervio facial en el conducto facial durante la remoción de un neuroma acústico.

Sin embargo, la zona Facial Peligrosa 4 puede ser abordada con seguridad disecando cuidadosamente bajo visión directa. La disección a ciegas o una disección cortante poco cuidadosa y el uso a ciegas del electrocauterio deben ser evitados en esta área. El incumplimiento de estas pautas puede resultar en parálisis del labio superior, una complicación potencialmente grave.

Melopexia Cerrada

La Melopexia Cerrada, se inicia marcando dos pequeñas incisiones de 5mm en la región temporal y se marca el tercio medio e inferior de la cara que deseamos tratar, se aplica anestesia local, se realizan las incisiones con bisturí, se introducen las agujas de los hilos rusos⁴, dirigiéndose hacia el tercio medio e inferior de la cara, por un plano medio (en la mitad de la grasa malar), posteriormente se retiran las agujas y se decide si hay exceso de piel en la región temporal realizar una pequeña ritidectomía subcutánea en esa región, después traccionamos los hilos en dirección de abajo hacia arriba y el hilo sobrante será retirado⁵.

Estos procedimientos pueden ser complementados con: extracción glándulas de Bichat (perfilamiento facial), rellenos de los surcos nasogenianos y los labios (grasa autóloga, Ac. hialurónico), rejuvenecimiento de la piel (Nuderm-peellings) aplicación de Botox, obteniendo resultados sorprendentes mínimamente invasivos y recuperación postoperatoria muy rápida⁶.

DISCUSIÓN

Cada vez en nuestra práctica privada observamos que las necesidades de nuestros pacientes han aumentado y nosotros como Oculoplásticos (cirugía plástica facial oftálmica) tenemos que estar preparados para satisfacer sus necesidades como son:

1. Un manejo integral del rejuvenecimiento facial ya que con la Blefaroplastia como único procedimiento nos quedamos cortos.
2. Procedimientos con Anestesia Local y tiempos quirúrgicos más cortos, ambulatorio, y bajo riesgo quirúrgico, el uso de Hilos Rusos Contour (suturas barbadas) llenan estas expectativas, se introducen mediante anestesia local, ambulatorio, bajo riesgo quirúrgico y han disminuido los tiempos quirúrgicos a un 30% comparados con la ritidectomía convencional que necesita además anestesia general en la mayoría de los casos.
3. El paciente no quiere tener cicatrices en la cara, la melopexia Cerrada tiene esa gran ventaja, incisiones de menos de 5mm en el cuero cabelludo que son prácticamente imperceptibles al mes de operada. (Figura 7)



Figura 7. Melopexia cerrada, Pre operatorio (izquierda), postoperatorio (derecha)

4. Cada vez nuestros pacientes son más activos profesionalmente y no pueden retirarse de sus actividades laborales por mucho tiempo, máximo una o dos semanas. La Melopexia cerrada nos ayuda a ofrecer una recuperación casi total en ese tiempo, lo que ayudará al paciente a decidirse a realizar el procedimiento.
5. Una vez el paciente observa los beneficios estéticos de esta técnica busca complementarla aún más y estas técnicas tienen la propiedad de poderse complementar con procedimientos de consultorio como son relleno de surcos y labios (AC. Hialrónico) y rejuvenecimiento de la piel (Nuderm-peelling), disminuir las líneas de expresión (toxina botulínica), etc. (Figura 8)



Figura 8. Melopexia cerrada, relleno de surcos y labios, nuderm. Preoperatorio izquierda, postoperatorio derecha.

6. Otro punto muy importante como médicos cirujanos, son los mitos que existen sobre los Hilos Rusos, debemos saber que existen diferentes tipos de hilos rusos, diseños, fabricantes, los existen barbados uni (contour) y bidireccionales (apts clear), anclados al perostio (Contour), anclados al tejido celular subcutáneo (aptsos clear), fabricados en USA (contour), todo esto es muy importante de tener en cuenta cuando decidimos usar hilos rusos, cuál será el mejor para nuestro paciente y que nosotros como médicos estemos legalmente protegidos. Usando Hilos Contour como es en este caso tenemos los siguientes beneficios:
 - Son patentados y es una tecnología que permite procedimientos mínimamente invasivos obteniendo una buena elevación y fijación en el tejido colocado.
 - Son los únicos Hilos Rusos aprobados por la FDA para usos como: elevación de ceja, tercio medio e inferior de la cara y en el cuello
 - Son realizados de polipropileno, material usado por varios años en humanos y sin reacciones alérgicas.
7. Existen asociaciones médicas internacionalmente reconocidas (Facial Plastic Association), realiza congresos, cursos, certificaciones para realizar adecuadamente todos los procedimientos referentes al rejuvenecimiento facial, recomendamos iniciar con estos procedimientos con un conocimiento amplio en anatomía de la cara, áreas peligrosas, certificarse internacionalmente y analizar los productos a utilizar en nuestros pacientes.
8. Debemos recordar que la medicina y la cirugía evoluciona día a día al igual que las Asociaciones Médicas y las necesidades de nuestros pacientes. Nosotros como oculoplásticos debemos también evolucionar ingresando a Asociaciones nuevas como la de los Cirujanos Plásticos Faciales internacionalmente reconocidas, formadas por cirujanos plásticos generales, otorrinolaringólogos, oftalmólogos y dermatólogos. Estas asociaciones se han ido creando y evolucionando por "LAS NECESIDADES DE NUESTROS PACIENTES", nosotros como oculoplásticos, si deseamos estar a la vanguardia tecnológica y de las necesidades de nuestros pacientes debemos evolucionar y abarcar nuevas áreas que con formación estaremos legalmente protegidos y no seremos cada vez más rezagados en el mercado de la práctica privada, ya que si nosotros no le podemos solucionar todas las necesidades a nuestros pacientes buscarán a otro especialista que sí se las pueda resolver.

9. En conclusión cada vez nuestros pacientes buscan un manejo integral para su rejuvenecimiento facial con procedimientos menos invasivos, ambulatorios y con menos riesgos quirúrgicos y que puedan ofrecer excelentes resultados funcionales y estéticos. La combinación de la Blefaroplastia y Melopexia Cerrada es un procedimiento seguro y poco invasivo, que logra satisfacer las necesidades de nuestros pacientes ofreciéndole un excelente tratamiento para la dermatochalasis y el envejecimiento del tercio medio e inferior de la cara. (Figura 9).



Figura 9. Blefaroplastia, Melopexia Cerrada, extracción de glándula de Bichot y Nuderm. Preoperatorio izquierda, postoperatorio derecha.

Nuevos estudios y diseños de las suturas barbadas son necesarios para mejorar cada vez más los beneficios que ofrece la Melopexia Cerrada en combinación con otros procedimientos quirúrgicos y no quirúrgicos.

REFERENCIAS

1. Horne DF, Kaminer MS. Reduction of face and neck laxity with anchored, barbed polypropylene sutures (Contour Threads). *Skin Therapy Lett.* 2006 Feb;11(1):5-7.
2. Lee S, Isse N. Barbed polypropylene sutures for midface elevation: early results. *Arch Facial Plast Surg.* 2005 Jan-Feb;7(1):55-61.
3. Villa MT, White LE, Alam M, Yoo SS, Walton RL. Barbed sutures: a review of the literature. *Plast Reconstr Surg.* 2008 Mar;121(3):102e-108e.
4. Sulamanidze MA, Paikidze TG, Sulamanidze GM, Neigel JM. Facial lifting with "APTOS" threads: featherlift. *Otolaryngol Clin North Am.* 2005 Oct;38(5):1109-17.
5. Trévidic P, Alkebaisi A. Facial threads for face lift. *Rev Laryngol Otol Rhinol (Bord).* 2006;127(1-2):57-9.
6. Khar'kov AL. Combined cosmetic operation of the face. *Klin Khir.* 2006 Jan;(1):53-7.
7. Hochman M. Midface barbed suture lift. *Facial Plast Surg Clin North Am.* 2007 May;15(2):201-7, vi.