

Procedimiento simplificado para la corrección del envejecimiento centrofacial

Antonio Fuente del Campo*

RESUMEN

El levantamiento centrofacial es un procedimiento que ha probado ampliamente sus beneficios y ventajas en la corrección del envejecimiento de la región central de la cara, estableciendo un nuevo enfoque, con múltiples indicaciones y grandes beneficios para los pacientes. En este trabajo el autor describe su procedimiento con las maniobras y detalles técnicos que le han permitido obtener mejores resultados y reducir posibles complicaciones. Analiza su experiencia en 564 casos realizados en los últimos 10 años, plantea indicaciones, complicaciones y resultados a largo plazo.

Palabras clave: Levantamiento centrofacial, ritidectomía, envejecimiento.

INTRODUCCIÓN

Los pacientes solicitan, cada vez más, cirugía de mínima agresión, rápida recuperación y, de ser posible, sin cicatrices visibles. Prefieren procedimientos menores como el "minilift" o "miniritti" aunque proporcionen correcciones limitadas, o procedimientos parciales realizados periódicamente en lugar de una cirugía mayor que no sólo requiere de un largo periodo de recuperación, sino que podría cambiar su apariencia drásticamente. Para las manifestaciones del envejecimiento facial, como la ptosis de las cejas, profundización del surco y redundancia de piel en las mejillas, el procedimiento de elección había sido la ritidectomía; sin embargo, algunos pacientes rechazan este procedimiento debido a su prolongada recuperación, miedo,

ABSTRACT

Centrofacial Lifting is a procedure, which has proved its benefits and advantages in correcting effects of the aging process on the centrofacial area. In this paper the author describes the procedure, with technical details and maneuvers developed to obtain better results and less complications. With an experience on 564 cases, along 10 years, indications, complications and long term results are presented.

Key words: Centrofacial lifting, facelift, aging.

costo y rechazo a las cicatrices. Además, el temor a una cirugía mayor, a la anestesia general, a posibles complicaciones y la irreversibilidad de los resultados contribuyen a que los pacientes se decidan por procedimientos menos complicados. No hay duda que a los pacientes les atraen las soluciones simples.

El concepto de "Centrofacial Lifting", que publicamos en 1993,^{1,2} describía el procedimiento que empleábamos para corregir el deterioro de la porción central de la cara mediante su levantamiento vertical, realizado a través del abordaje transpalpebral convencional de una blefaroplastia. Este procedimiento, que se puede realizar en forma aislada o idealmente en combinación con la blefaroplastia, permite ofrecer al paciente la corrección global del deterioro centrofacial, con las mismas cicatrices de una blefaroplastia y prácticamente con el mismo periodo de recuperación. Puede realizarse como parte de una ritidectomía convencional, de tal manera que la corrección de la porción central de la cara depende de este procedimiento y las porciones laterales (mejillas) de algún otro procedimiento asociado realizado por otra vía. Esta nueva opción despertó gran interés entre nuestros colegas, adoptándolo como el procedimiento de elección en muchos de sus casos. Desde entonces se han descrito

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

Recibido para publicación: 02/10/00. Aceptado para publicación: 18/10/00.

Dirección para correspondencia: Dr. Antonio Fuente del Campo
Camino a Santa Teresa No. 1055-239, Col. Héroes de Padierna
10700 México, D.F. Tel: (525) 568-4153 o (525) 652-6765
Fax: (525) 652-6765. E-mail: afdelc@ibm.net afdelc@attglobal.net

algunas variantes de este procedimiento (Hagerty,³ McCord,⁴ Hobar,⁵ Moelleken,⁶ Hester,⁷ Gunter).⁸

El "levantamiento centrofacial" es un procedimiento miniinvasivo que logra excelentes resultados, de larga duración y rápida recuperación. Está indicado como procedimiento aislado en pacientes relativamente jóvenes que presentan manifestaciones incipientes de envejecimiento, y combinado con una ritidectomía de mejillas en pacientes con deterioro más severo.⁹⁻¹² Un elemento importante de corregir en esta región ha sido el surco nasogeneano, que se acentúa con el envejecimiento debido al deslizamiento vertical de la piel y partes blandas de la mejilla. Estas se detienen en el surco nasogeneano debido a la disposición de las fibras y de las inserciones de los músculos de la zona, ocasionando su aglomeración. Pero de hecho lo que debemos corregir es la aglomeración de piel y partes blandas (cresta nasogeniana) y no la sombra que genera y que conocemos como surco nasogeneano, ya que éste es el delimitante anatómico natural de una unidad estética de la cara.¹³

En el presente trabajo describimos el procedimiento tal y como lo realizamos en la actualidad, con los detalles que nos han permitido obtener mejores resultados y reducir las posibles complicaciones, así como las modificaciones y los detalles técnicos que hemos implementado a lo largo de 10 años de experiencia para facilitar su realización.

MATERIAL Y MÉTODOS

Los pacientes son valorados clínicamente considerando las condiciones del surco nasogeneano. Su dirección y profundidad debe ser considerada en relación con la flacidez de la cresta nasolabial para determinar la cantidad de piel y grasa redundante. Valoramos la tracción ascendente necesaria para corregir el surco nasogeneano, mediante tracción digital. Respecto a los párpados, los valoramos en conjunto con las estructuras vecinas (longitud de la hendedura palpebral, dirección, relación intercantal, redundancia cutánea, redundancia muscular y calidad de la piel), calculando la corrección que requieren piel y músculo. Completamos su valoración mediante estudios antropométricos, fotográficos y de video.

Procedimiento quirúrgico

Este procedimiento es realizado con el paciente bajo anestesia local con lidocaína al 1% y epinefrina al 1:150,000. A través de una incisión de blefaroplastia en párpado inferior, se diseña en forma romba un col-

gajo miocutáneo que incluye al músculo orbicular, para continuar la disección hacia abajo en un plano más profundo hasta llegar a la cresta nasogeniana a través de dos túneles, uno medial y otro lateral al nervio infraorbitario. Para proteger al nervio durante esta disección, se pone la punta de un dedo sobre el orificio infraorbitario. En los casos con cresta nasolabial gruesa o pesada hacemos liposucción con una cánula de 3 mm a través de una pequeña incisión intranasal en fosa piriforme. Esta maniobra reduce su volumen y peso, mejora su forma y reduce la tensión que se requiere para corregirla. En los casos con ritidosis grado IV, donde se requiere de gran desplazamiento de las partes blandas para lograr su corrección, la disección de los túneles que flanquean al nervio infraorbitario se hacen en un plano subperióstico, cuidando de abrir el periostio horizontalmente para que las partes blandas sean extensibles, pero respetando el del reborde del piso orbital. Las inserciones de los músculos elevador del labio superior, elevador común de ala nasal y labio superior, zigomático mayor y zigomático menor son liberadas indirectamente con esta maniobra. Esta disección puede ser hecha también a través de una incisión de un centímetro en el fondo del vestíbulo superior.

Las partes blandas de la mejilla son traccionadas hacia arriba y suspendidas al periostio del reborde infraorbitario con vicryl 4-0 (Figura 1). Dos

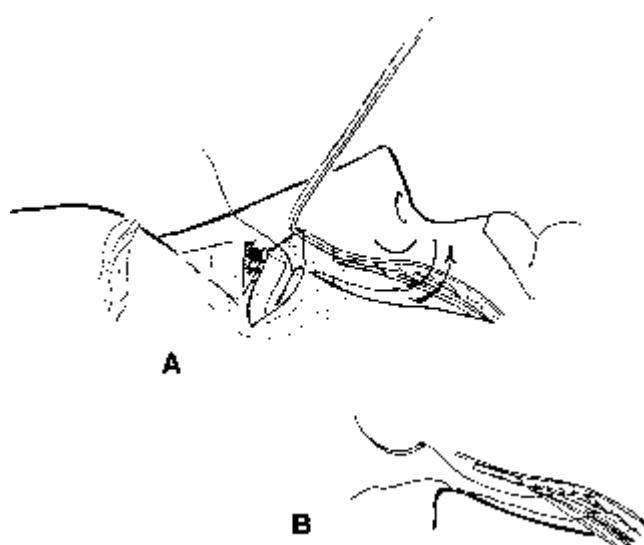


Figura 1. "Mano de ida y vuelta" la aguja es introducida parcialmente la piel; una vez que su extremo posterior se encuentra en el plano subcutáneo, se regresa a lo largo de un centímetro de trayecto subcutáneo para regresar de inmediato al interior del túnel original donde los extremos de la sutura se reúnen para tomar el periostio del reborde orbital.

suturas son colocadas en dirección vertical, medialmente al nervio, y dos más diagonalmente hacia el canto externo. Estas suturas son colocadas mediante la maniobra de "ida y vuelta" (Figura 2): la aguja es introducida por la incisión palpebral hasta el fondo del túnel disecado y se atraviesa parcialmente



Figura 2. Del borde libre del músculo orbicular se toma un pequeño colgajo muscular que es traccionado hacia arriba y hacia atrás y fijado al periostio cerca de la inserción del ligamento cantal externo.

la piel, a nivel de la cresta nasogeniana. Una vez que el extremo posterior de la aguja se encuentra en el plano subcutáneo, se regresa en este plano a lo largo de un centímetro, para enseguida regresar al interior del túnel, donde los dos extremos de la sutura se reúnen para tomar el periostio del rebordo orbitario. Con esta maniobra se toma una resistente porción de tejido subcutáneo (tejido celular y músculo), que permite ejercer la tracción necesaria para levantar la mejilla sin dejar puntos externos ni marcas en la piel. Esta maniobra eleva discretamente el labio superior y la ala nasal. En pacientes con periostio delgado hacemos la suspensión a través de pequeñas perforaciones que hacemos en el reborde orbitario.

Para asegurar buen nivel y contorno del párpado inferior, se diseña un pequeño colgajo en el extremo externo del músculo orbicular que, traccionado hacia arriba y hacia atrás, es fijado al periostio cerca de la inserción del ligamento cantal externo con vicryl 4-0 mediante la maniobra de "ida y vuelta", ya descrita (Figura 3). Esta maniobra permite aplicar tensión vertical a la porción externa del músculo orbicular para corregir las "bolsas malares". Estas suturas, en conjunto, reubican las bolsas grasas palpebrales, llevándolas hasta su posición original dentro de las órbitas. Cuando esto no es suficiente, basta con electrofulgurar su cápsula para completar su intrusión.

El procedimiento es complementado con una blefaroplastia convencional, resecando piel y músculo



Figura 3.

A: Paciente femenino de 29 años de edad con ritidosis grado I.

B: Aspecto de la paciente 19 meses después de levantamiento centrofacial por vía transpalpebral inferior y blefaroplastia.



Figura 4.

A: Paciente femenino de 44 años de edad con ritidosis grado II.

B: Aspecto de la paciente tres años después de levantamiento centrofacial y ritidectomía frontal endoscópica.

orbicular en diferentes proporciones según el caso. La herida es suturada en forma continua intradérmica con nylon 5-0.

RESULTADOS

En los últimos 10 años hemos realizado este procedimiento en forma aislada en 236 pacientes y combinado con ritidectomía en 428. Las complicaciones han sido muy pocas: cinco casos con resultados asimétricos atribuidos a la pérdida o dehiscencia de alguna de las suturas internas, cuatro casos de hipoestesia y dos de hiperestesia del nervio infraorbitario, todos transitorios, y tres casos con pequeños hematomas que fueron resueltos fácilmente en el posoperatorio temprano. Algunos casos requirieron retoques posteriores en las bolsas grasas.

La edad promedio ha sido de 44 años (23 a 62 años). Hemos podido seguir a estos pacientes hasta por seis años (promedio 2.5 años). La combinación de estos procedimientos nos ha permitido obtener resultados muy satisfactorios con aspecto joven y muy natural (Figuras 4 y 5).

Para valorar con precisión la corrección de la cresta nasolabial fotografiamos al paciente pre y posoperatoriamente en posiciones rutinarias con la cara en reposo y los dientes en oclusión: de frente, ambos perfiles, tres cuartos, vista basal y apical (cara dirigida hacia abajo). La mayoría de nuestros pacientes muestran correcciones que calificamos entre el 50 y el 80% de su alteración original. Los pa-

cientes las describieron: excelentes 55%, buenas 26%, satisfactorias 11% y malos 8%.

DISCUSIÓN

La finalidad de este procedimiento no es el eliminar totalmente la cresta nasolabial, que es una delimitante anatómica normal, pero sí reducir el aspecto flácido y prominente que se presenta con el envejecimiento. La indicación ideal la representan los casos con ritidosis I y II. En pacientes con ritidosis III y IV, este procedimiento es sólo un paliativo, a menos que se realice asociado con una ritidectomía de mejillas.

Este procedimiento elimina la tracción que en su descenso ejercen las partes blandas de la mejilla sobre el septum orbitale, permitiendo que los depósitos de grasa regresen por sí solos al interior de la órbita. Esto reintegra a la órbita su volumen original, dándole proyección al globo ocular y mayor apertura a la hendidura palpebral, con lo que aumenta la incidencia de la luz sobre el ojo proporcionándole brillo, el brillo propio de la mirada joven. Además, hace innecesaria la resección quirúrgica de las bolsas de grasa palpebrales, evitando sus posibles complicaciones y reduciendo la equimosis. Las suturas de anclaje al reborde orbital acentúan el surco infratarsal y proporcionan definición al párpado inferior y a la mejilla. Este procedimiento eleva el labio superior y lo evierte discretamente, rejuveneciéndolo. Corrige la cresta nasogeniana en su porción alta (zona I de Barton), pero no tiene ningún efecto en su porción inferior o "melolabial" (zonas II y III de Barton).¹⁴

Este procedimiento por sí solo no es un sustituto de la ritidectomía, pero es de gran beneficio en pacientes relativamente jóvenes y en aquellos que presentan manifestaciones más severas de envejecimiento en esta zona y no desean o no pueden someterse a una ritidectomía completa.

El "levantamiento centrofacial" es un procedimiento menor, miniinvasivo, que se realiza bajo anestesia local y ofrece resultados más ambiciosos y evidentes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fuente del Campo A. Centrofacial lifting. Perspectives in Plastic Surg 1993; 7: 87-99.
2. Fuente del Campo A. The subperiosteal rhytidectomy and the lower lid incision approach to the nasolabial fold. Surgical restoration of the aging face. Edit Bernard BW. Butterworth-Heinemann, 1996: 169-194.
3. Hagerty RC. Central suspension technique of the midface. Plast Reconstr Surg 1995; 96: 728-730.
4. McCord CD. Redraping the inferior orbicularis arc. Plast Reconstr Surg 1998; 102: 2471-2479.



Figura 5.

A, B: Paciente femenino de 55 años de edad con ritidosis grado III, se aprecia gran flacidez de los tejidos centrofaciales.

C, D: Aspecto posoperatorio 22 meses después de levantamiento centrofacial por vía transpalpebral inferior, ritidectomía subperióstica mini-invasiva y plastia de cuello en hamaca.

5. Hobar PC, Flood J. Subperiosteal rejuvenation of the mid-face and periorbital area: A simplified approach. *Plast Reconstr Surg* 1999; 104: 842-851.
6. Moelleken B. The superficial subciliary check lift, a technique for rejuvenating the infraorbital region and nasojugal groove: A clinical series of 71 patients. *Plast Reconstr Surg* 1999; 104: 1863-1874.
7. Hester RT, Vodner MA, McCord CD. The Centrofacial Approach for correction of facial aging using the transblepharoplasty subperiosteal cheek lift. *Aesthetic Surg Q* 1999; 16: 51-58.
8. Gunter JR. A simplified transblepharoplasty subperiosteal cheek lift. *Plast Reconstr Surg* 2000; 103: 2029-2036.
9. Fuente del Campo A. Face lift without preauricular scars. *Plast Reconstr Surg* 1993; 92: 642-645.
10. Fuente del Campo A. Mini-invasive facial rejuvenation without and endoscopic. *Aesthetic Surgery Quarterly* 1996; 16 (2): 129-137.
11. Fuente del Campo A. The endo-facelift, basic and options. *Rev Clinic Plastic Surgery* 1997; 24: 309-327.
12. Fuente del Campo AB, Gordon C, Kiesler Bergman Otto. Evolution from endoscopic to miniinvasive facelift: A logical progression. *Aesthetic Plastic Surgery* 1998; 22: 267-275.
13. Zufferey J. Anatomic variations of the nasolabial fold. *Plast Reconstr Surg* 1992; 89: 225-229.
14. Barton FE. The SMAS and the nasolabial fold. *Plast Reconstr Surg* 1992; 89: 1054-1059.