

Levantamiento de las cejas vía blefaroplastia

Manuel Barrantes Tijerina,* Martín Pérez Vasconcelos,* José Manuel Guerra Morán*

RESUMEN

Para el levantamiento de las cejas (*brow lift*) se han realizado diferentes técnicas. En este artículo se analizan las más comunes y se propone una nueva, por vía de la blefaroplastia, de rápida ejecución y técnicamente sencilla, sin instrumental sofisticado y con buenos resultados. **Material y métodos:** Se revisaron 50 casos de pacientes sometidos a blefaroplastia superior y levantamiento frontal invertido, con edades entre 35 y 62 años (promedio 47). Se incide a través de la herida de la blefaroplastia hasta el periostio del reborde orbitalio, se libera el tejido supraciliar; posteriormente se hace tracción de la piel en sentido vertical y, a través de una incisión puntiforme en la región frontal, se fija el periostio en su nueva posición con un tornillo de 12 o 14 mm. **Resultados:** De los 50 pacientes operados, 46 presentaron buena permanencia de la pexia, los cuatro restantes tuvieron recidivas, pero estuvieron satisfechos con el resultado de la blefaroplastia. No se presentaron complicaciones mayores. **Conclusiones:** Los resultados con esta técnica son similares a los conseguidos con otros procedimientos propuestos, pero sin necesidad de equipo sofisticado y con cicatrices mínimas.

Palabras clave: Levantamiento frontal invertido, ceja, blefaroplastia.

ABSTRACT

Diferent techniques have been developed to lift the brow. This article will analyze the most common of said techniques, and propose a new one through the use of a blepharoplasty, which is fast, technically simple, does not require sophisticated equipment, and provides good results. **Material and methods:** We reviewed 50 cases of patients, ranging between 35 to 62 years of age (average of 47 years of age), submitted to superior blepharoplasty and inverted frontal lifting. Through the blepharoplasty incision the physician had access to the periostium of the orbital rim to free the supraciliar tissue. After this skin is vertically shifted and by means of an incision to the frontal region the periostium is fixed to its new position with a 12 or 14 mm screw. **Results:** Of 50 surgically intervened patients, 46 showed good permanence of the pexia. The remainder of 4 showed recidivism, but were satisfied with the results of the blepharoplasty, no major complications were reported. **Conclusion:** The results of this technique are similar to those of other proposed techniques, however this technique does not need sophisticated equipment and its application leaves minimal scars.

Key words: Inverted forehead lift, eyebrow, blepharoplasty.

INTRODUCCIÓN

En el proceso de envejecimiento facial, la caída de las cejas y el exceso de piel en el párpado superior son primordialmente los objetivos a corregir durante el tratamiento quirúrgico para la cirugía de rejuvenecimiento del tercio superior de la cara.

La combinación en el tratamiento de levantamiento de la ceja junto con la blefaroplastia es una buena opción y de buena duración.

Para el levantamiento de las cejas (*brow lift*) se han intentado múltiples técnicas:

- Resección de la piel supraciliar (Castañares, 1964).¹ La cual deja cicatriz visible.
- Incisión coronal (Ortiz-Monasterio y Olmedo).² Logra un buen resultado, pero deja una cicatriz palpable en piel cabelluda y, en ocasiones, zonas de alopecia (*Figura 1*).
- Cirugía coronal endoscópica (Core GB y Vasconez LO).³ Logra un muy buen resultado, con cicatriz mínima, pero requiere de equipo sofisticado (endoscopio).
- Levantamiento frontal no endoscópico (Knize DM).⁴ Es un procedimiento sencillo y rápido, con mínimas cicatrices, pero la disección es por vía coronal.

* Servicio de Cirugía Plástica Estética y Reconstructiva. Centro Médico ABC.

Recibido para publicación: 18/04/08. Aceptado: 06/06/08.

Correspondencia: Dr. Manuel Barrantes Tijerina
Centro Médico ABC, Sur 136 núm. 116-313, Col. Américas,
01120 México, D.F. Tel: 5272-2702. E-mail: eldoctor98@prodigy.net.mx

- Levantamiento no endoscópico frontal invertido. Este procedimiento es el que nosotros proponemos. Tiene el mismo fundamento que la técnica anterior sólo que la disección se hace a través de la incisión de la blefaroplastia.

Al desarrollo de la ptosis de la unidad estética de la ceja, se ha atribuido a una laxitud progresiva de la piel cabelluda y los tejidos adyacentes, como resultado de la interacción muscular dinámica de los mecanismos tisulares que comprenden el segmento medial y lateral del tercio superior de la cara.

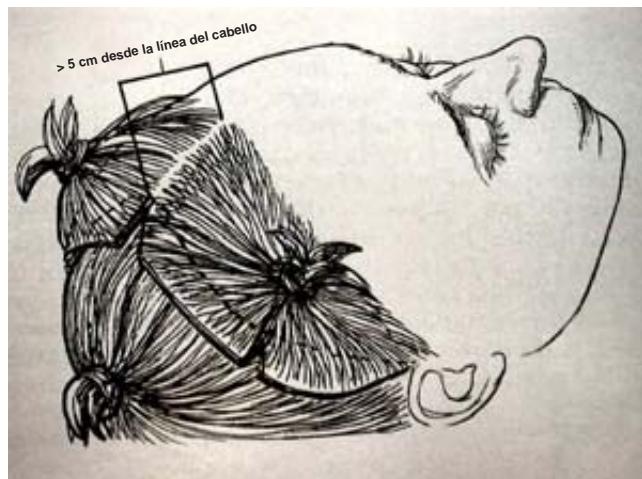


Figura 1. Incisión coronal.



Figura 2. Las fuerzas que contribuyen a la ptosis lateral de la ceja.

Datos clínicos muestran que el tercio externo de la ceja presenta con gran facilidad ptosis, siendo esto valorado en un estudio de 20 cadáveres frescos (David M. Knize).⁵ Este estudio confirma que el segmento lateral tiene menos soporte en sus estructuras profundas, las cuales son principalmente tres: 1) el panículo adiposo de la Gálea, 2) el panículo adiposo preseptal, y 3) el tejido graso subgaleal.

En cuanto a las fuerzas dinámicas que actúan en el segmento lateral de la ceja, también son tres: 1) la pérdida de tono del músculo frontal, 2) la gravedad, la cual afecta al tejido subyacente lateral de la fascia temporal, lo que da como resultado el descenso de este segmento, y 3) el músculo corrugador supraciliar, el cual aumenta su tracción conjuntamente con la acción del músculo orbicular, los cuales antagonizan con la acción del músculo frontal y facilitan el descenso del segmento lateral de la ceja (Figura 2).

De acuerdo con Knize,⁵ una vez liberado el periostio, la piel de la región frontal puede desplazarse junto con la gálea un rango de 2 a 3 cm. Según ese estudio, realizado en 20 cadáveres frescos, el periostio se puede elevar del hueso con relativa facilidad excepto a lo largo de 2.0 a 2.5 cm en un área superior del reborde orbitario. En otro estudio, Lemke y Stasior⁶ establecen conclusiones similares, especialmente señalan que, en términos anatómicos, la mitad lateral de la grasa es la más móvil y desestabiliza el soporte estructural por debajo de los tejidos a nivel del hueso frontal y reborde orbitario, facilitando con esto la gravedad descendente.

De este mismo estudio se desprende que los ligamentos no se insertan directamente dentro de la piel, por lo que al movilizar subperióticamente se puede lograr la retracción ligamentaria, ya que su punto de fijación es en el periostio, logrando con esto la óptima transposición, lo cual permite movilizar la cola de la ceja, sobre todo al liberar el periostio del borde superior de la órbita. Brodner y Downs⁷ encontraron readhesión del periostio supraciliar en una nueva posición después de modificar su inserción en un estudio realizado en ratas al séptimo día postoperatorio



Figura 3. Trayecto del nervio supraorbitario.



Figura 4. Marcaje de la región.



Figura 5. Medición de la altura de la ceja.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se revisaron los expedientes clínicos de 50 pacientes sometidos a blefaroplastia superior y levantamiento frontal invertido (de caudal acefálico) a través de la incisión de la blefaroplastia, en un periodo de dos años. Fueron 49 mujeres y un hombre, en edades que fluctuaron entre 35 y 62 años (promedio de 47.5).

Todos los pacientes presentaban ptosis de cejas en distintos grados y redundancia de la piel en párpados superiores. El rango de levantamiento de la cola de la ceja durante la cirugía fue de 1.0 a 1.5 cm (media: 1.2 cm).

El procedimiento se realizó como cirugía ambulatoria y con el paciente bajo anestesia general superficial. El promedio de estancia hospitalaria fue de cinco horas. Todos los pacientes reanudaron sus actividades normales a siete días después de la cirugía.

Técnica. El paciente es anestesiado con anestesia general superficial. Después, previo a la infiltración de la región con solución Hartmann (250 mL), xilocaína al 2%, epinefrina (1:200,000), se realiza el marcaje de la zona quirúrgica. La figura 3 muestra el trayecto del nervio supraorbitario, el cual es una estructura importante a cuidar con esta técnica. Para

el marcaje se mide la altura de la ceja con relación al canto externo del ojo (Figuras 4 y 5).

Posteriormente, se realiza el diseño convencional para la incisión de blefaroplastia superior, se procede a infiltrar con la solución ya preparada, y se incide piel del párpado superior unos 2 mm por adentro del marcaje de manera conservadora para compensar la elevación de la piel que nos dará el levantamiento de la ceja. Se retrae la piel por encima del reborde orbital y se incide a través de la herida, hasta el periostio del reborde orbital en el tercio externo. Con un disector tipo Joseph, se levanta el periostio superciliar, se cambia a un disector más largo tipo Joseph maleable u Obwegeser, liberando todo el tejido de la región frontal, hasta los límites de la región parietal, cuidando digitalmente el tercio interno de la ceja para preservar el nervio supraorbitario (Figuras 6 a 8). Una vez realizada la disección, se hace tracción de la región frontal en sentido vertical, observando cómo se eleva la cola de la ceja.

Se hace una incisión puntiforme en la piel cabelluda, en la región frontal-parietal dentro de la piel cabelluda y, manteniendo la tracción con la mano, a través de la herida se introduce una broca de acero de 1.5 mm de diámetro; acto seguido, se fija el tornillo de 12 o 14 mm de longitud, fijándolo a la



Figura 6. Zona de disección subperióstica.



Figura 7. Incisión a través de la herida de la blefaroplastia.

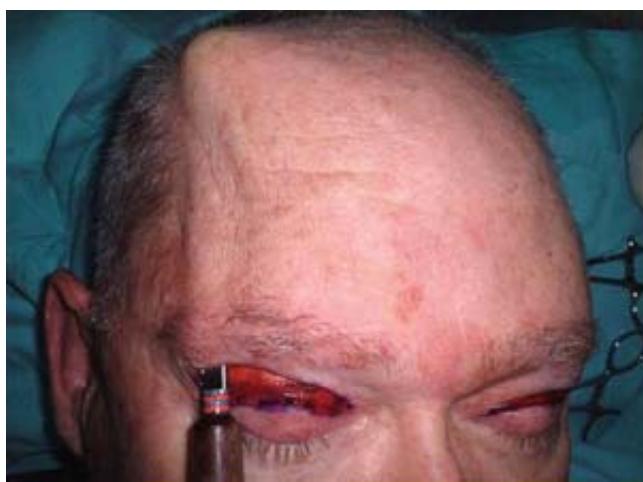


Figura 8. Liberación subperióstica.

piel con grapas quirúrgicas (*Figuras 9 y 10*). El objetivo del tornillo es mantener la piel y el periorbitario en su nueva posición, esperando su readhesión. Nosotros pensamos que los tejidos se mantienen en su nueva posición debido al cambio de las fuerzas de tracción al modificar su anatomía en el momento de desinsertar el periostio del reborde orbital, más que a la presencia del tornillo. Al terminar la suspensión ciliar se realiza la blefaroplastia convencional, revisando si se requiere de escindir más piel, lo cual generalmente no es necesario. Se coloca un vendaje con hule espuma durante 24 horas. Estos tornillos se retiran a los 15 días.



Figura 9. Perforación de tabla externa en la región frontoparietal.



Figura 10. Colocación de tornillo autorroscable.

RESULTADOS

Los resultados se valoraron como satisfactorios y malos de acuerdo con la opinión tanto del cirujano como de los pacientes. De los 50 casos operados, se lograron resultados satisfactorios en 46 (92%) con buena permanencia de la elevación de la cola de la ceja; los cuatro (8%) restantes tuvieron recidivas de la ptosis, pero estuvieron satisfechos con el resultado de la blefaroplastia. No existió ninguna complicación importante, sólo algunas parestesias transitorias en cuatro (8%) de los pacientes. No hubo necesidad de reintervenir a ninguno de ellos (*Figura 11*).

DISCUSIÓN

Existen muchas técnicas para levantar las cejas. El método propuesto lo hace a través de la blefaroplastia en sentido retrógrado, liberando la ceja del reborde orbital y casi la totalidad de la frente, elevando todos los tejidos y fijándolos temporalmente en su nueva posición con tornillos de acero, que los mantiene en esa nueva posición.

Es un procedimiento rápido y fácil, que no requiere de equipo sofisticado como en la disección por endoscopia, técnica en la cual, además del endoscopio, requiere entrenamiento especializado del operador. En cambio, el levantamiento frontal invertido se puede hacer en forma aislada o en combinación con la blefaroplastia, a través de pequeñas incisiones en la región pilosa de la región parietal, con lo que se logra la tracción cefálica con desplazamiento en bloque de la cola de la ceja adherida a estructuras profundas, consiguiendo mantener su nueva posición debido a la reinserción del periostio en su nueva posición.

El promedio de permanencia de los tornillos es de 15 días, los cuales se retiran en el cuarto de exploración de un consultorio, usando el mismo destornillador y sin anestesia. Consideramos que el resultado logrado con esta técnica es similar al obtenido en otras series con otras técnicas, pero sin necesidad de equipo sofisticado.⁸⁻¹⁷

CONCLUSIONES

El levantamiento de las cejas vía blefaroplastia es un procedimiento rápido y fácil que no requiere



Figura 11. Resultados. Fotos pre y postoperatorio.

equipo sofisticado como el endoscopio ni entrenamiento especializado. El procedimiento se puede hacer en forma aislada o en combinación con la blefaroplastia a través de pequeñas incisiones, en la región pilosa de la región parietal, con ello se logra la tracción cefálica con desplazamiento en bloque de la cola de la ceja adherida a estructuras profundas, logrando mantener su nuevo sitio debido a la reinserción del periostio en su nueva posición.

BIBLIOGRAFÍA

1. Castañares S. Forehead wrinkleless glabellar frown, and ptosis of the eyebrows. *Plast Reconstr Surg* 1964; 34: 406.
2. Ortiz MF, Barrera G, Olmedo A. Abordaje coronal para pexia ciliar. *Clin Plast Surg* 1978; 5 (1): 167-179.
3. Core GB, Vasconez LO, Graham HD 3rd. Endoscopic browlift. *Clin Plast Surg* 1995; 22(4): 619-631.

4. Knize DM. An anatomically based study of the mechanism of eyebrow ptosis. *Plast Reconstr Surg* 1996; 97 (7): 1321-1331.
5. Knize DM. Limited incision forehead lift for eyebrow elevation to enhance upper blepharoplasty. *Plast Reconstr Surg* 1996; 97 (7): 1334-1342.
6. Lemke S. The anatomy of eyebrow ptosis. *Arch Ophthalmol* 1982; 100: 981-989.
7. Brodner D. Crawford DJ. Graham III D. Periosteal readhesion after brow-lift in New Zealand white rabbits. *Arch Facial Plast Surg* 2002; 4: 248-251.
8. Ramírez OM. The central oval of the face. Tridimesional endoscopic rejuvenation. *Facial Plast Surg* 2000; 16 (3) 283-298.
9. Ramírez OM. Why I prefer the endoscopic forehead lift. *Plast Reconstr Surg* 1997; 100 (4): 1043-1046.
10. Steinsapir KD, Shorr N, Boeing J, Golberg RA, Baylis HI, Morrow D. The endoscopic forehead lift. *Ophthal Plast Surg* 1998; 14 (2): 107-118.
11. Rouds MF, Cheney ML, Quetela VC. Endoscopic facial surgery. *Facial Plast Surg* 1998; 14 (3): 217-226.
12. Isse NG. Endoscopic forehead lift evolution and update. *Clin Plast Surg* 1995; 22 (4): 661-673.
13. Isse NG. Endoscopic facial rejuvenation. *Clin Plast Surg* 1997; 24 (2): 213-231.
14. Daniell RK, Tirkawits B. Endoscopic forehead lift: An operative technique. *Plast Reconstr Surg* 1996; 98 (7): 1148-1157.
15. De la Fuente A, Santamaría AB. Facial rejuvenation: A endoscopically assisted combined conventional and endoscopic assisted lift. *Aesthetic Plast Surg* 1996; 20 (6): 471-479.
16. Mataraso A. forehead brow rhytidoplasty: Theory and practice. *Aesthetic Plast Surg* 1995; 19 (2): 141-147.
17. Kokoska M, Regan J. The subgaleal endoscopic browlift. *Arch Facial Plast Surg* 2000; (2): 202-208.

Premio Nobel de Medicina 1982

Sune Bergström
Bengt Samuelsson
John Robert Vane

Bengt I. Samuelsson (1934-). Nació en Halmstad, Suecia, en 1934 y estudió Medicina en el Instituto Carolino de Estocolmo. De 1961 a 1962 investigó en el Departamento de Química de la Universidad de Harvard y ha sido director del Departamento de Química Médica de la Escuela Real de Veterinaria de Estocolmo y, desde 1978, decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Estocolmo. Gracias a sus investigaciones, consiguió desarrollar un completo programa de todo el sistema de prostaglandinas y pudo esclarecer los procesos químicos por los que las prostaglandinas se crean o se destruyen, es decir, aclaró los procesos de creación de estas sustancias y su metabolismo. Con el descubrimiento de los peróxidos y tromboxanos se ha podido explicar claramente la repercusión biológica que tienen estos sistemas.

Dentro de las prostaglandinas es de justicia incluir a ciertos compuestos, tromboxanos y endoperóxidos, que han demostrado ser los agentes agregantes de las plaquetas y las sustancias más activas en liberar serotonina. Recibió el Premio Nobel en Fisiología y Medicina en el año 1982 por sus descubrimientos sobre las prostaglandinas y las sustancias biológicamente activas relacionadas a ellas.
