



Levantamiento centrofacial. Concepto actualizado

Dr. Antonio Fuente del Campo FACS.*

RESUMEN

El levantamiento centrofacial es un procedimiento que ha probado ampliamente sus beneficios y ventajas en la corrección de las manifestaciones del envejecimiento de la región central de la cara, estableciendo un nuevo enfoque con múltiples indicaciones y grandes beneficios para los pacientes. Son muchos los autores que entusiasmados con los resultados obtenidos han desarrollado variantes del mismo. Se describe el procedimiento con las maniobras y detalles técnicos que permiten obtener los mejores resultados y reducir las posibles complicaciones, basado en la experiencia de 564 casos realizados en los últimos 10 años, con indicaciones, complicaciones y resultados a largo plazo.

Palabras clave: Levantamiento centrofacial, ritidectomía, envejecimiento.

INTRODUCCIÓN

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, costo y rechazo a las cicatrices. Cada vez más, solicitan cirugía de mínima agresión, de rápida recuperación y de ser posible sin cicatrices visibles. Prefieren procedimientos menores como el "minilift" o "minirift" aunque proporcionen correcciones limitadas, o procedimientos parciales realizados periódicamente en lugar de una cirugía mayor que no sólo requiere de

SUMMARY

The centrofacial lifting is a procedure which has widely proved its benefits and advantages to correct the effects of the aging process on the centrofacial area, establishing a new point of view with several indications and great benefits for the patients. Many authors that are enthusiastic about the results obtained have developed variations. A procedure with technical details and manoeuvres developed to get better results and less complications is described, based on the experience of 564 cases, over a period of 10 years, displaying indications, complications and long term results.

Key words: Centrofacial lifting, facelift, aging.

un largo periodo de recuperación sino que podría cambiar su apariencia drásticamente. Además, el miedo 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.

En 1993 publicamos el artículo titulado "Centrofacial Lifting",^{1,2} en el que describíamos 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 un procedimiento menor. Este procedimiento que se puede realizar en forma aislada o idealmente en combinación con una 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

* Investigador "B" en Cirugía Plástica Reconstructiva, Dirección de Investigación. Hospital "Dr. Manuel Gea González" SSA. Profesor Titular Diplomado de Investigación en Cirugía Craneofacial, UNAM. Cirujano Plástico Hospital Ángeles del Pedregal y Clínica Ángeles Interlomas.

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. Algunos, como Hagerty,³ McCord,⁴ Hobar,⁵ Moelleken,⁶ Hester⁷ y Gunter⁸ han descrito alguna variante de este procedimiento.

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 iniciales 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 nasogeniano. 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 nasogeniano, ya que éste es el delimitante anatómico de una unidad estética de la cara.¹³

Con el envejecimiento, éste se acentúa debido al deslizamiento vertical de la piel y partes blandas de la mejilla, que se detienen en el surco nasogeniano debido a la disposición de las fibras y de las inserciones de los músculos de la zona, ocasionando su aglomeración.

A lo largo de 10 años de experiencia hemos hecho algunas modificaciones e implementado detalles técnicos que facilitan la realización de este procedimiento. En el presente trabajo lo describimos tal y como lo realizamos en la actualidad, con los detalles que nos han permitido obtener mejores resultados y reducir las posibles complicaciones.

MATERIAL Y MÉTODO

Los pacientes son valorados mediante estudios antropométricos, fotográficos y de vídeo. Se valoran las condiciones de los párpados (longitud de la hendidura palpebral, dirección, relación intercantal, redundancia cutánea, redundancia muscular y calidad de la piel), calculando la corrección que requieren piel y músculo.

En relación con el surco nasogeniano, su dirección y profundidad se debe considerar en relación a la flacidez de la cresta nasolabial para determinar la cantidad de piel y grasa redundante. Valoramos la tracción ascendente necesaria para corregir el surco nasogeniano, mediante tracción digital.

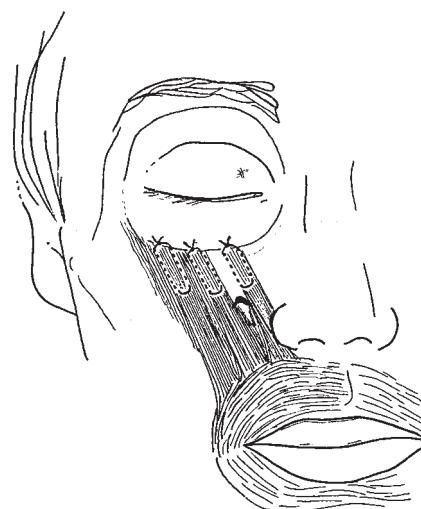


Figura 1. Las partes blandas de la mejilla son traccionadas hacia arriba, verticalmente y suspendidas al periostio del reborde infraorbitario con vicryl 4-0.

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 romana un colgajo 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.

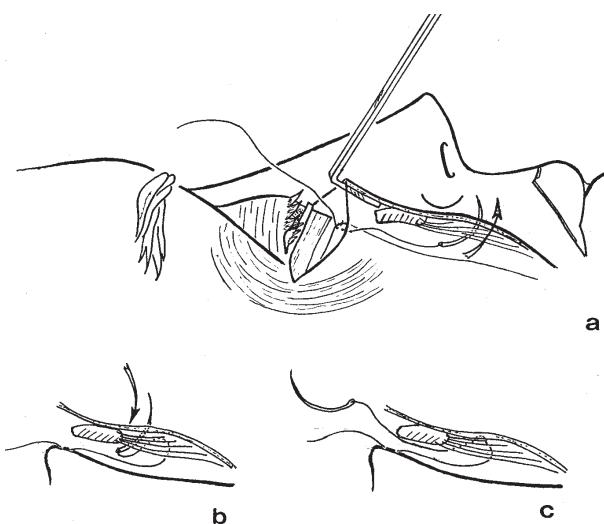
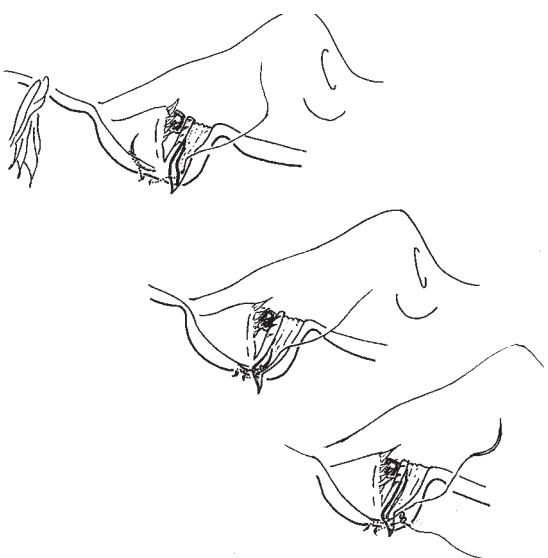


Figura 2. Maniobra de "ida y vuelta": La aguja es introducida atravesando parcialmente la piel. Una vez que el extremo posterior de la aguja se encuentra en el plano subcutáneo, se regresa a lo largo de un centímetro, paraenseguida regresar al interior del túnel donde los extremos de la sutura se reúnen para tomar el periostio del reborde orbitario.



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 orbitario. 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 suturas son colocadas en dirección vertical, medialmente al nervio y dos mas 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 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, paraenseguida regresar al interior del túnel, donde los dos extremos de la sutura se reúnen para tomar el periostio del reborde 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".

Todas estas suturas en conjunto reubican las bolsas grasas palpebrales llevándolas hasta su posición original dentro de las órbitas, pero si esto no fuera suficiente, basta con electrofulgurar su cápsula para completar este efecto.

Piel y músculo orbicular son resecados en diferentes proporciones según el caso, para completar el procedimiento con una blefaroplastia convencional. La herida es suturada en forma continua intradérmica con nylon 5-0.



Figura 4a.



Figura 4b.

Figura 4. A) Paciente del sexo femenino de 40 años de edad con ritidosis grado II. B) Aspecto posoperatorio a 16 meses de "levantamiento centrofacial" y blefaroplastia inferior.

RESULTADOS

En los últimos 10 años hemos realizado este procedimiento en forma aislada en 236 pacientes y combinado con ritidectomía en 428. La edad promedio ha sido de 44 años (23 a 58 años). Hemos podido seguir a estos pacientes hasta por seis años (promedio 24/12 años). La combinación de estos procedimientos nos ha permitido obtener resultados muy satisfactorios con aspecto joven y muy natural (Figura 4,5).

Las complicaciones han sido muy pocas: cinco casos con resultados asimétricos atribuidos a la perdida o dehiscencia de alguna de las suturas internas, cuatro casos de hipoestesia y dos casos 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.

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) (Figura 6). La mayoría de nuestros pacientes muestran correcciones que calificamos entre el 50 y el 80 % de su alteración original. Los pacientes las describieron: excelentes 55%, buenas 26%, satisfactorias 11 % y malos 8 %.

DISCUSIÓN

Este procedimiento elimina la tracción que en su descenso ejercen las partes blandas de la mejilla so-



Figura 5a.

Figura 5. A) Paciente del sexo femenino de 43 años de edad con ritidosis grado II. B) Aspecto posoperatorio a tres años de "levantamiento centrofacial", blefaroplastia inferior y ritidectomía miniinvasiva de mejillas.

bre 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 orbitario acentúan el surco infratarsal y proporcionan definición al párpado inferior y a la mejilla. Este procedimiento eleva el labio superior y lo revierte discretamente, rejuveneciéndolo. Corrige la cresta nasogeniana en su porción alta, (zona I de Barton) pero no tiene



Figura 5b.

ningún efecto en su porción inferior o "mesolabial" (zonas II y III de Barton).⁽¹⁴⁾

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 presenta con el envejecimiento. La indicación ideal para este procedimiento son 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 (Figura 7).

El "levantamiento centrofacial" es un procedimiento menor, miniinvasivo, que se realiza bajo anestesia local y ofrece resultados más ambiciosos y muy evidentes. Por sí solo no es un sustituto de la ritidectomía, pero es de gran beneficio en pacientes



Figura 6a.

Figura 6. A) Vista apical de paciente del sexo femenino de 51 años de edad, con evidente flacidez y redundancia de partes blandas en la región centrofacial (Ritidosis II). B) Aspecto de la paciente ocho meses después de haberle realizado "levantamiento centrofacial" asociado a ritidectomía endoscópica y ritidectomía subcutánea de cuello.

relativamente jóvenes y para aquellos que presentan manifestaciones más severas de envejecimiento en esta zona y no desean o no pueden someterse a una ritidectomía completa.

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 ageing 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 6b.

5. Hobar PC, Flood J. Subperiosteal Rejuvenation of the Midface and Periorbital Area: A Simplified Approach. Plast Reconstr Surg 1999; 104: 842-851.
6. Moelleken B. The Superficial Subciliary Cheek 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 Quart 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.
10. Fuente del Campo A. Mini-invasive Facial Rejuvenation Without and Endoscope. Aesth Surg Quart 1996; 16: 129-137.
11. Fuente del Campo A. The Endo-Facelift, Basic and Options. Clin Plast Surg 1997; 24: 309-327.



Figura 7a.



Figura 7b.

Figura 7. A) Paciente del sexo femenino de 56 años con rítidosis grado IV. B) Aspecto posoperatorio a 23 meses de "levantamiento centrofacial" asociado a rítidectomía endoscópica subperióstica de frente y mejillas, blefaroplastia superior e inferior, rítidectomía subcutánea de mejillas y plastia de cuello en hamaca.

12. Fuente del Campo A, Gordon BC, Kiesler Bergman O. Evolution From Endoscopic to Miniinvasive Facelift: A Logical Progression. *Aesth Plast Surg* 1998; 22: 267-275.
13. Zufferey J. Anatomic variations of the nasolabial fold. *Plast Reconstr Surg* 1992; 89: 225.
14. Barton FE. The SMAS and the nasolabial fold. *Plast Reconstr Surg* 1992; 89: 1054.

Dirección para correspondencia:
Camino Santa Teresa No. 1055 – 239,
Col. Héroes de Padierna
México, D.F. 10700 Tels. (525) 568-4153,
(525) 652-6765, Fax: (525) 652-6765
E-mail: afdelc@ibm.net. Correo: CAP Interlomas _26
52786 México, D. F.