

Fijación del complejo suborbicular vía transconjuntival. Técnica personal*

Dr. Alfonso Vallarta R,** Dra. Claudia Montoya G,** Dra. Laura Andrade D**

RESUMEN

El paso del tiempo y sus resultados han establecido los beneficios de las técnicas subperiósticas en la cirugía plástica facial. Una de las zonas más beneficiadas es la región centrofacial, donde los resultados pueden proporcionar ojos más expresivos, atenuar el surco nasogeniano, y redistribuir el volumen de la región malar. La técnica redistribuye los vectores de tensión del complejo suborbicular, mejorando la posición de los tejidos profundos y de los superficiales, para evitar las complicaciones por hipotonicidad y ectropión encontradas comúnmente. La técnica consiste en un acceso transconjuntival, utilizando dos terceras partes de la zona conjuntival expuesta; se realiza blefaroplastia reseccando el excedente de las bolsas grasas en forma opcional; una vez terminado se accede la zona orbitaria con incisión del periostio dejando la ceja de aproximadamente 1.8 a 2.1 cm a nivel del borde del piso orbitario, que permitirá realizar la disección subperióstica en la forma convencional. Al mismo tiempo se puede realizar abrasión con una pasada de láser CO₂, con potencia de 10 a 14 watts con exposición de 0.10 de milisegundo. Con esta técnica tratamos a 52 pacientes, realizando el procedimiento aislado o junto con ritidectomía, con un seguimiento de 6 a 19 meses. Todos los pacientes tuvieron reducción del hundimiento infraorbitario, de la ptosis de la bolsa malar y de la depresión nasogeniana, con mejoría de la apariencia centrofacial y sin recurrencia. Se tuvieron complicaciones transitorias en seis pacientes. Esta técnica propone ausencia de cicatrices externas, preservación del músculo orbicular, la resección de grasa en forma opcional, y la redistribución fisiológica de los tejidos suborbitales disminuyendo así el porcentaje de complicaciones existentes para el manejo de esta deformidad. La técnica es sencilla, reproducible y marca la continuación evolutiva del rejuvenecimiento centrofacial.

Palabras clave: Cirugía plástica centrofacial, acceso transconjuntival.

SUMMARY

Time and its results have established the benefits of subperiosteal techniques in facial plastic surgery. One of the most benefited zones is the midfacial region, where the results render more expressive eyes to attenuate the nasogenian rut and to redistribute the volume of the malar region. The technique redistributes the tension vectors of the suborbicular complex, improving the position of the deep and superficial tissues, to avoid the usual complications by hypotonicity and ectropion. The technique consists of transconjunctival access, using two-thirds of the exposed conjunctival zone. Blepharoplasty is carried out by resecting the excess of the fat bags as an alternative. Once it is completed, an incision in the periosteum makes access possible to the orbital zone and the eyebrow remains at approximately 1.8 to 2.1 cm. at the level of the edge of the orbital floor. This will allow the subperiosteal dissection in the conventional way. At the same time abrasion is possible using a 10 to 14 watt powered CO₂ laser, with 0.10 milisecond exposition. With this technique we treated 52 patients, with isolated procedure or together with ritidectomy, and a 6 to 19 months follow-up. The infraorbital collapse, the ptosis of the malar bag and the nasogenian depression were all reduced, with improvement of the centrofacial appearance and without relapse. There were temporary complications in six patients. This technique involves no external scars, as well as preservation of the orbicular muscle, optional resection of fat, and physiological redistribution of the suborbicular tissues thus reducing the percentage of existing complications in the management of this deformity. The technique is simple, reproducible and is another step in the midfacial rejuvenation evolution.

Key words: Midfacial plastic surgery, transconjunctival approach.

* Presentado en el XXXI Congreso Nacional de la Asociación Mexicana de Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva, A. C.

** Unidad Láser, Hospital Médica Sur, México D. F.

INTRODUCCIÓN

La historia relativamente reciente de la cirugía craneofacial, ha aportado un sinnúmero de conocimientos aplicables tanto a la cirugía reconstructiva como a la estética, destacando el manejo tridimensional de las estructuras óseas y blandas.¹⁻⁵ El paso del tiempo y los resultados reportados por expertos en el ramo, han establecido los beneficios, dentro de los procedimientos de rejuvenecimiento, de las técnicas subperiósticas y de suspensión profunda.³⁻¹⁰

Una de las zonas más beneficiadas con estas técnicas es la región centrofacial, donde los resultados proporcionan ojos más expresivos, atenúan el surco nasogeniano y redistribuyen el volumen de la región malar.¹¹⁻²¹ La mayoría de las técnicas utilizadas,³⁻²¹ proponen accesos por vía externa, a nivel del párpado inferior, con puntos de suspensión hacia la fascia temporal profunda que pueden condicionar pliegues cutáneos externos, lagofthalmos, ectropión e hipotonicidad palpebral,^{12,16,18} además de que la complejidad de los procedimientos va en aumento, al integrar la utilización de nuevos vectores de suspensión tisular.^{7,8,10,13-15,17,19} De cualquier forma el cirujano debe ganar experiencia en la utilización de una técnica particular, con las variantes de cada procedimiento, que se individualizarán de acuerdo a las características anatómicas y de envejecimiento propias de cada paciente, para obtener resultados óptimos y duraderos.

El objetivo de este trabajo es presentar una técnica que redistribuye los vectores de tensión del complejo suborbicular,⁷ mejorando la posición de los tejidos superficiales y profundos.

MATERIAL Y MÉTODO

De julio 1998 a enero de 2000 tratamos a 52 pacientes, realizando el procedimiento aislado o en conjunto con ritidectomía, con un seguimiento de seis a 20 meses.

Descripción de la técnica

Mediante un acceso transconjuntival, utilizando dos terceras partes de la zona conjuntival expuesta, (*Figura 1*) se lleva a cabo la resección opcional del excedente de las bolsas grasas. Una vez terminado, se procede a acceder la zona orbitaria con incisión del periostio, (*Figura 2*) dejando una ceja de aproximadamente 1.8 a 2.1 cm a nivel del borde del piso orbitario, que permitirá realizar la disección subperióstica en la forma convencional, con liberación de la ceja de la misma manera. Se realiza el despegamiento y se procede a poner los puntos de tracción en la masa del complejo suborbicular,

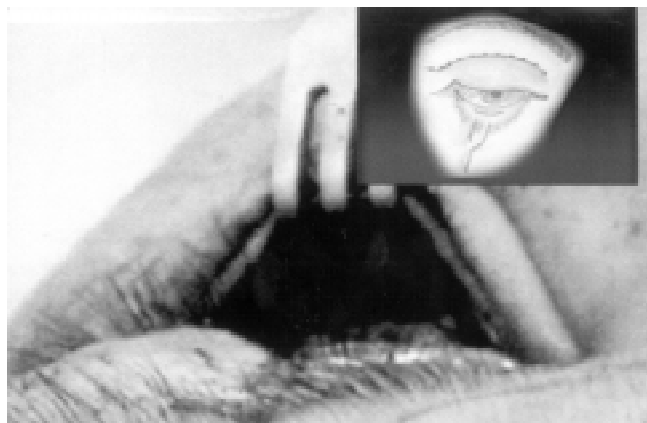


Figura 1. Acceso transconjuntival.

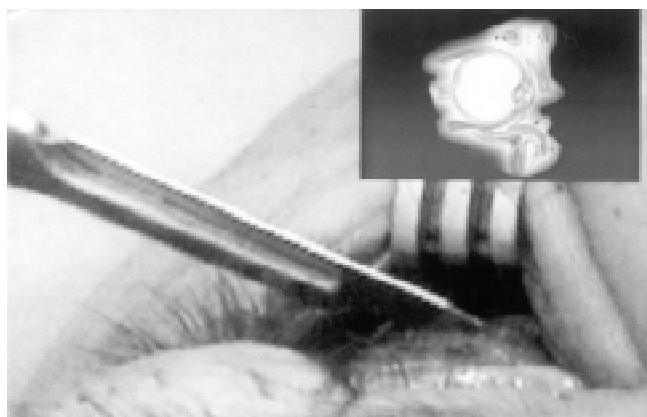


Figura 2. Disección transconjuntival.

fijando en casi todos los casos con tres puntos de polidioxanona (PDS) 5-0, orientados como sigue (*Figura 3*):

- Parte medial de la ceja perióstica orbitaria.
- Parte lateral de la ceja perióstica orbitaria.
- Porción perióstica del borde orbitario lateral.

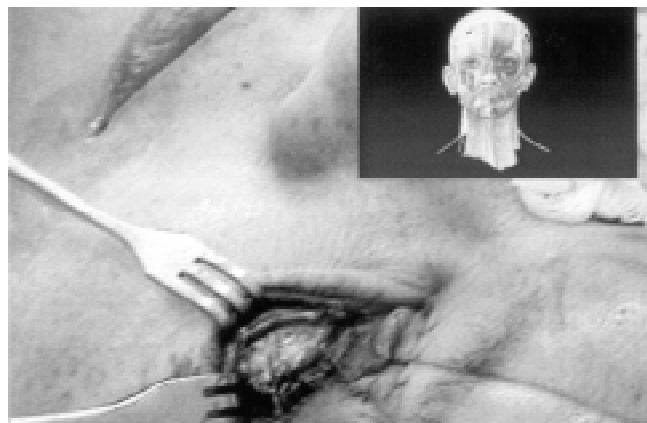


Figura 3. Puntos de suspensión del tejido suborbicular. En el recuadro se aprecian los vectores de tracción.

Se cierra la incisión en dos planos con vicryl 5 y 6-0 y al mismo tiempo se aprovecha para realizar abrasión con una pasada de láser CO₂, (Sharpian ultrapulsado con escáner computarizado) con potencia de 10 a 14 watts, exposición de 0.10 de milisegundo que favorecerá la contracción de la piel en la zona tratada (*Figura 4*).



Figura 4. Abrasión con láser ultrapulsado a nivel palpebral.



Figura 5. Pre y postoperatorio a diez meses. Vista frontal.

RESULTADOS

Todos los pacientes tuvieron reducción del hundimiento infraorbitario, de la ptosis de la bolsa malar y de la depresión nasogeniana, con mejoría de la apariencia centrofacial (*Figuras 5 a 8*). Las complicaciones se presentaron en seis pacientes y fueron hipotonicidad del párpado inferior hasta de dos meses de duración en dos pacientes; diplopía leve en dos; hiperpigmentación con respuesta al tratamiento médico con esteroides y quinolonas tópicos en una, e insensibilidad transitoria del malar durante dos meses en una. No se observaron recurrencias.

Comentario

Las últimas décadas del siglo pasado fueron testigos de avances significativos en la cirugía de rejuvenecimiento facial. Hemos entendido mejor la anatomía y los cambios evolutivos de la posición tisular



Figura 6. Pre y postoperatorio a diez meses. Vista tres cuartos.



Figura 7. Pre y postoperatorio a catorce meses. Vista frontal.



Figura 8. Pre y postoperatorio a catorce meses. Vista tres cuartos.

a través del envejecimiento; ello ha permitido obtener un sinnúmero de técnicas que han hecho avanzar a la cirugía plástica.

Una piedra angular de la cirugía de rejuvenecimiento es la restauración tisular de la zona centrofacial, donde se han descrito procedimientos que incluyen diversos accesos con suspensiones subcutáneas,²²⁻²⁶ submusculares,²⁷⁻³³ subperiósticas,³⁻²¹ o compuestas,³⁴⁻³⁷ con ventajas y desventajas bien descritas.³⁸ Con la cantidad de técnicas disponibles, muchos cirujanos tienen dudas sobre cuál es el mejor acceso y plano de disección.

En nuestra experiencia, hemos utilizado accesos compuestos, colocando inicialmente los puntos de suspensión de la región suborbicular, de la manera descrita por Ramírez y Fuente del Campo,^{7,10,39,40} Pensando que la fuerza de gravedad produce descenso de dichas estructuras, con el consiguiente aplanamiento y elongación de la cara,^{41,42} decidimos utilizar los vectores como los describe Mendelson, en 1995,⁴³

y posteriormente Gunter, en 1999,²⁰ ejerciendo una tracción vertical, para redistribuir la zona en forma más fisiológica.

En cuanto al acceso transconjuntival, lo utilizamos desde hace veinte meses, siguiendo las modificaciones de Rosenberg,⁴⁴⁻⁴⁶ en la que acompaña la plastia de abrasión con láser CO₂, reportando resultados adecuados.

Nuestra técnica es una mezcla de dichos procedimientos y ha demostrado su efectividad con un bajo índice de complicaciones y con resultados aceptables en el gusto de nuestros pacientes, pudiendo ser utilizado en forma aislada o en conjunto con la ritidoplastia. De cualquier forma, es importante mencionar que la láser-abrasión,⁴⁷ se hace en forma generalizada para evitar problemas de pigmentación. Su limitación dentro de nuestra población es para pieles tipo V y VI de Fitzpatrick,⁴⁸ en quienes realizamos el procedimiento en forma convencional.

CONCLUSIONES

Presentamos una técnica que propone la ausencia de cicatrices externas, preservación del músculo orbicular, la resección de grasa en forma opcional y la redistribución fisiológica de los tejidos suborbitales disminuyendo así el porcentaje de complicaciones que se presentan en su manejo. La técnica es sencilla, reproducible y marca la continuación evolutiva del rejuvenecimiento centrofacial.

BIBLIOGRAFÍA

- Hollander MM. Rhytidectomy: Anatomical, Physiological and Surgical Considerations. *Plast Reconstr Surg* 1957; 20: 218.
- Skoog T. *Plastic Surgery: Facial New Methods*. Philadelphia: WB Saunders, 1974.
- Psillakis JM, Rumley TO, Camargos A. Subperiosteal Approach as an improved concept for correction of the aging face. *Plast Reconstr Surg* 1987; 82: 383.
- Tessier P. Le lifting facial sous-perioste. *Ann Chir Plast Esthet* 1989; 34: 193.
- Wolfe SA, Berkowitz S. *Plastic Surgery of the Facial Skeleton*. Boston: Little Brown, 1989.
- Tapia A, Ferreira B, Blanch A. Subperiosteal lifting. *Aesth Plast Surg* 1991; 15: 155.
- Ramirez O, Maillard GF, Musolas A. The extended subperiosteal face lift: A definitive soft tissue remodeling for facial rejuvenation. *Plast Reconstr Surg* 1991; 88: 227.
- Stuzin JM, Baker TJ, Gordon AL. The relationship of the superficial and deep facial fascias: relevance to rhytidectomy and aging. *Plast Reconstr Surg* 1992; 89: 441.
- Fuente del Campo A, Ramirez O. *Subperiosteal face lift*. Instructional Course # 604. 25th Annual meeting of the American Society for Aesthetic Plastic Surgery, Los Angeles, May 7, 1992.
- Fuente del Campo A. Face lift without preauricular scars. *Plast Reconstr Surg* 1993; 92: 642.
- Trepsat F. Les liftings des regions malaire, jugale, et nasogenienne. *Ann Chir Plast Esthet* 1994; 39: 597.
- Owsley JQ. Elevation of the malar fat pad superficial to the orbicularis oculi muscle for correction of prominent nasolabial folds. *Clin Plast Surg* 1995; 22: 279.
- Ramirez O. The subperiosteal approach for the correction of the deep nasolabial fold and the central third of the face. *Clin Plast Surg* 1995; 22: 341.
- Heinrichs HL, Kaidi AA. Subperiosteal face lift: A 200 case, 4-year review. *Plast Reconstr Surg* 1998; 102: 843.
- Hester TR. Subperiosteal malar cheek lift with lower lid blepharoplasty. In: CD McCord (Ed.) *Eyelid Surgery*. Philadelphia: Lippincott-Raven, 1995.
- Hester TR, Codner MA, McCord DD. The "centrofacial" approach for correction of facial aging using the transblepharoplasty subperiosteal cheek lift. *Aesth Surg J* 1996; 16: 51.
- Finger ER. Transmalar subperiosteal midface lift: Early results with a simplified approach. *Aesth Surg J* 1996; 16: 261.
- Barton FE, Kenkel JM. Direct fixation of the malar pad. *Clin Plast Surg* 1997; 24: 329.
- Anderson RD, Lo MW. Endoscopic malar/midface suspension procedure. *Plast Reconstr Surg* 1998; 102: 2196.
- Gunter JP, Hackney FL. A simplified transblepharoplasty subperiosteal cheek lift. *Plast Reconstr Surg* 1999; 103: 2029.
- Hobar PC, Flood J. Subperiosteal rejuvenation of the midface and periorbital area: A simplified approach. *Plast Reconstr Surg* 1999; 104: 842.
- Millard DR Jr, Yuan RT, Devine JW Jr. A challenge to the undefeated nasolabial folds. *Plast Reconstr Surg* 1987; 80: 37.
- Loeb R. Nasolabial fold undermining and fat grafting based on histologic study. *Aesth Plast Surg* 1991; 15: 61.
- Barton FE Jr. The SMAS and the nasolabial fold. *Plast Reconstr Surg* 1992; 89: 1054.
- Barton FE Jr. Rhytidectomy and the nasolabial fold. *Plast Reconstr Surg* 1992; 90: 601.
- Collawn SS, Vasconez LO, Gamboa M et al. Subcutaneous approach for elevation of the malar fat pad through a prehairline incision. *Plast Reconstr Surg* 1996; 97: 836.
- Hamra ST. The deep-plane rhytidectomy. *Plast Reconstr Surg* 1990; 86: 53.
- De la Plaza R, Valiente E, Arroyo JM. Supraperiosteal lifting of the upper two thirds of the face. *Br J Plast Surg* 1991; 44: 325.
- Hamra ST. Composite rhytidectomy. *Plast Reconstr Surg* 1992; 90: 1.
- Hamra ST. *Composite Rhytidectomy*. St. Louis: Quality Medical Publishing, 1993.
- Stuzin JM, Baker TJ, Gordon HL, Baker TM. Extended SMAS dissection as an approach to midface rejuvenation. *Clin Plast Surg* 1995; 22: 295.
- Aston S. *The FAME Procedure*. Annual Meeting of the American Society of Plastic and Reconstructive Surgeons, Dallas Texas, November 9-13, 1996.
- Nicoletis C, Sitbon E, Cadot B, Marsot Dupuch K. L'étage moyen de la face dans le lifting: Lipopexie du coussinet adipeux pré-malaire. *Ann Chir Plast Esthet* 1992; 37: 76.
- Hinderer UT. The sub SMAS and subperiosteal rhytidectomy of the forehead and middle third of the face: A new approach to the aging face. *Facial Plast Surg* 1992; 8: 18.
- Mendelson BC. Correction of the nasolabial fold: Extended SMAS dissection with periosteal fixation. *Plast Reconstr Surg* 1992; 89: 822.
- Paul MD. An approach for correcting mid facial aging with a periosteal hinge flap. *Aesth Surg J* 1997; 17: 61.
- Little JW. Three-Dimensional Rejuvenation of the Midface: Volumetric Resculpture by Malar Imbrication. *Plast Reconstr Surg* 2000; 105: 267.
- Hamra ST. Frequent face lift sequelae: Hollow eyes and the lateral sweep: Cause and repair. *Plast Reconstr Surg* 1998; 102: 1658.
- Vallarta A, Montoya C, Jaidar P. *Suspensión del complejo suborbicular. Aplicación en cirugía estética y reconstructiva*. XXVII Congreso Nacional de la Asociación Mexicana de Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva, Acapulco, Gro. 1996: 21-24.
- Vallarta A, Montoya C, Garzón R, Jaidar P. Suborbicular Complex Fixation. Aesthetic and Reconstructive Applications. 12th Congress of the International Confederation for Plastic, Reconstructive and Aesthetic Surgery, San Francisco, 1999.
- Little JW. Volumetric perceptions in midfacial aging with altered priorities for rejuvenation. *Plast Reconstr Surg* 2000; 105: 252.
- Fuente del Campo A. *Curso Instruccional: XXXI Congreso Nacional de la Asociación Mexicana de Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva*, Mazatlán Sin., 2000.
- Mendelson BC. Extended sub-SMAS dissection and cheek elevation. *Clin Plast Surg* 1995; 22: 325.

44. Rosenberg G. A comprehensive course on CO₂ Laser resurfacing. The present and the future. Instructional course # 2-400. 12th Congress of the International Confederation for Plastic, Reconstructive and Aesthetic Surgery, San Francisco, 1999.
45. Rosenberg G. Full Face and Neck Laser Skin Resurfacing. *Plast Reconstr Surg* 1997; 100: 1846.
46. Rosenberg G. The subperiosteal endoscopic Laser forehead (SELF) lift. *Plast Reconstr Surg* 1998; 102: 493.
47. Fulton JE. Simultaneous Face lifting and Skin Resurfacing, *Plast Reconstr Surg* 1998; 102: 2480.
48. Fitzpatrick RE, Tope WD, Goldman W. CO₂ Laser energy. In: Fitzpatrick RE, Tope WD et al. *Cutaneous Laser Surgery*. St Louis, CV Mosby, 1994.

Dirección para correspondencia:

Dr. Alfonso Vallarta R.

Puente de Piedra 150-418 y 419 Torres II

Col. Toriello Guerra, 14050 México D. F.

Teléfono: 5528-4489

E-mail: vallacom@prodigy.net.mx