

Artículos originales

Hospital Clínicoquirúrgico «Hermanos Ameijeiras»
Servicio de Cirugía Plástica

Elevación y fijación del pániculo adiposo malar como tratamiento del envejecimiento del tercio medio facial

Dr. Julio César Gálvez Chávez¹ y Dr. Federico Villegas Bateman²

RESUMEN

El descenso del pániculo adiposo malar de la mejilla es la causa fundamental de los signos de envejecimiento del tercio medio facial. En el último decenio se han empleado diferentes técnicas para la reposición de este a partir de una modificación de la ritidectomía compuesta de Hamra. Presentamos el estudio de 20 pacientes, a los cuales se les realizó disección, elevación y fijación del pániculo adiposo malar a través de una incisión de blefaroplastia. Con la técnica empleada se logró la movilización y el ascenso de la mejilla, el consiguiente acortamiento de la distancia entre el borde palpebral y el surco orbitomalar y la profundización del punto medio de la mejilla. En el 80 % de los pacientes se lograron buenos resultados estéticos, dados por una apariencia de rejuvenecimiento de la región medio facial con atenuación del pliegue nasolabial y ascenso del surco orbitomalar. No se presentaron complicaciones relacionadas directamente con el procedimiento quirúrgico.

Palabras clave: Ritidectomía a medio facial, envejecimiento medio facial.

Los signos clínicos más evidentes del envejecimiento del tercio medio facial consisten principalmente en el descenso del pániculo adiposo malar y la acentuación del surco nasolabial.

El pániculo adiposo malar es un área triangular con incremento de la grasa subcutánea, que se localiza en el tercio medio facial.¹ En el paciente joven el borde superior de la grasa malar está ligeramente ubicado por encima del borde infraorbitario y queda por tanto superficial al segmento preorbitario del músculo orbicular de los párpados.² Con la edad el pániculo adiposo malar desciende en sentido vertical, expone la porción caudal del músculo

orbicular palpebral y produce una depresión en el área infraorbitaria. Esta depresión hace que el párpado inferior luzca de mayor longitud.³ A medida que continúa el envejecimiento del tercio medio facial, continúa descendiendo la grasa malar y se proyecta en sentido anterior pues descansa sobre el pliegue nasolabial. Éste constituye una barrera anatómica pues en ese lugar la piel se adhiere firmemente al plano subyacente y aumenta la profundidad de éste.⁴

Hamra (1992) y *Owsley* (1993),³ fueron los pioneros del procedimiento de elevación de los tejidos medio faciales de los músculos subyacentes (cigomático mayor, menor y elevador del labio superior), como una unidad compuesta única (piel y panículo adiposo de la mejilla). Esta disección fue posible después de un estudio anatómico publicado por Freilinger y colaboradores en 1987, donde se demostraba que la inervación de dichos músculos entraba por la cara posterior de estos. Los autores abordaban la zona a través de una incisión preauricular de ritidectomía, disección subSMAS (sistema musculoaponeurótico superficial), hasta el músculo cigomático mayor y continuaban por encima de éste y por debajo del panículo adiposo de la mejilla. En 1994 se publica una modificación de la técnica, basada en estudios anatómicos de la región medio facial,⁵ según la cual el abordaje se realiza por incisión de blefaroplastia extendiendo la disección suborbicular inferior y lateralmente, y comunicando la región medio facial con la lateral a nivel del borde externo del cigomático mayor con un plano subSMAS previamente disecado.

Basados en la modificación publicada por *Tremolada* y colaboradores⁶ para la ritidectomía compuesta, realizamos la disección del cojín graso malar del plano muscular subyacente y su fijación al periostio malar, sólo a través de una incisión de blefaroplastia inferior. Sobre la base de la diversidad de técnicas, los resultados alentadores mostrados por otros autores y la ausencia de estudios previos en nuestro país, presentamos nuestra experiencia.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se tomó una muestra de 20 pacientes que asistieron a la consulta externa del servicio de Cirugía Reconstructiva del Hospital Clínicoquirúrgico «Hermanos Ameijeiras», quienes cumplieron con los requisitos de inclusión y exclusión para el trabajo.

Los criterios de inclusión fueron la presencia de signos de de envejecimiento del tercio medio de la cara, dado por un surco nasolabial marcado, ptosis del panículo adiposo malar y descenso del surco órbito-malar, exámenes preoperatorios normales y consentimiento del paciente.

Los criterios de exclusión fueron la edad superior a los 60 años y la presencia de cirugías previas en cara o en los párpados o de bolsas blefarogenianas marcadas.

Técnica quirúrgica

La intervención quirúrgica se lleva a cabo bajo anestesia local. Se infiltra clorhidrato de lidocaína al 0,5 % con epinefrina al 1:200,000. Por incisión subciliar se disecciona el submuscular (músculo orbicular del párpado inferior) hasta el reborde orbitario. Se desinserta el músculo orbicular en los 2/3 externos de su inserción ósea en el reborde orbitario (Figura 1 [A]). Se disecciona con tijera Metzenbaum de punta roma en un plano por debajo del panículo adiposo malar y por encima de los músculos cigomáticos hasta el surco nasolabial, y se extendiendo lateralmente hasta la proyección externa del músculo cigomático mayor (Figura 1 [B]). Se pasa un trocar número 17 a través de la piel en el punto medio del triángulo adiposo malar, de modo que atravesase los planos hasta el espacio disecado y se saca la aguja por la incisión de blefaroplastia (Figura 1 [C]).



Figura 1. A, Vía de abordaje. B, Disección del panículo adiposo malar. C, Trocar pasahilo para fijación malar.

Se introduce una sutura de nylon monofilamento 4/0 a través de la punta del trocar y se extrae hasta el espesor del panículo adiposo. Se cambia de dirección y se introduce nuevamente para que el bisel salga al exterior. Se extrae la sutura del trocar y queda de esta forma enlazada la grasa malar, la cual se fija al periostio del reborde orbitario externo. Se extraen las bolsas de grasa del párpado inferior en los casos que haya exceso o protrusión de éstas. Se corta la piel sobrante y el músculo orbicular redundante del párpado inferior. Se da un punto de afrontamiento al músculo orbicular en el ángulo externo del ojo con sutura de PDS 6/0. Se afronta la piel de párpado inferior con polipropileno 6/0.

Evaluación de los resultados

Para evaluar el grado de movilización del panículo adiposo se tuvo en cuenta la profundización del punto medio de la mejilla (punto *M*) (Figura 2), para lo que se utilizó un marco antropométrico diseñado para el efecto en nuestro servicio, y el acortamiento de la distancia del borde palpebral al surco órbito-malar (BP-SOM) (Figura 2) mediante un programa computarizado (*Corel Draw 9.0*). Se trazó una línea vertical a nivel del borde externo del iris y se midió la distancia en las fotografías pre y postoperatorias.

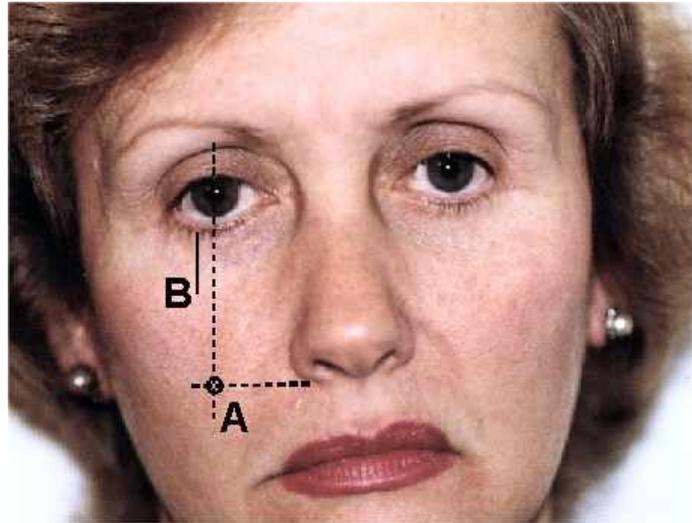


Figura 2. Puntos de medición. A, Punto M.
B, Línea de medición entre el borde ciliar y el surco órbito-malar.

Para medir los resultados estéticos se tomaron fotografías de frente y perfil oblicuo derecho a 1,5 m de distancia en el preoperatorio y a los 6 meses después de la operación. Tuvimos en cuenta los criterios clínicos siguientes:

- Apariencia de rejuvenecimiento dado por ascenso de la mejilla con atenuación del surco nasogeniano y ascenso del surco órbito-malar.
- Simetría facial.
- Ausencia de depresiones desde el punto de fijación y presencia o no de complicaciones.

RESULTADOS

Se estudió un total de 20 pacientes: 19 del sexo femenino y 1 del masculino. Las edades estaban comprendidas entre los 41 y los 55 años, para un promedio de 50 años de edad. En el postoperatorio (6 meses), las mediciones del punto medio de la mejilla demuestran que hubo una diferencia promedio de 2,6 mm para una y otra hemicara (Tabla 1), lo cual nos demuestra que hubo una movilización y ascenso de la región medifacial expresado en el desplazamiento en sentido anteroposterior del punto M y el consiguiente aumento de la distancia debido al aplanamiento que se produce al disminuir la redundancia provocada por la grasa malar al caer sobre el surco nasolabial.

Tabla 1. *Movilización y distancia entre la línea media y el punto M*

Lado	Preoperatorio	Postoperatorio	Movilización	Valor de
------	---------------	----------------	--------------	----------

	Media	Desviación estándar	Media	Desviación estándar		P
Izquierdo	44,16 mm	1,9	46,76 mm	2,2	2,6 mm	0,000
Derecho	44,24 mm	1,9	46,84 mm	2,1	2,6 mm	0,000

Como vemos en la Tabla 2, se obtuvo un acortamiento de la distancia entre el borde palpebral y un punto en el surco órbito-malar de 2,64 mm para el lado izquierdo y de 2,60 mm para el lado derecho. Esta pequeña diferencia esta dada, al igual que en el punto medio de la mejilla, por la asimetría facial normal. Es de señalar que hubo una relación directamente proporcional entre la movilización del punto medio de la mejilla y el acortamiento de esta distancia, lo cual nos reafirma la movilización obtenida de la región en su conjunto, tanto en sentido anteroposterior como superior.

Tabla 2. *Distancia entre el borde ciliar y el surco órbito-malar*

Lado	Preoperatorio		Postoperatorio		Acortamiento	Valor de P
	Media	Desviación estándar	Media	Desviación estándar		
Izquierdo	16,32 mm	1,7	13,68 mm	1,4	2,64 mm	0,000
Derecho	16,28 mm	1,7	13,68 mm	1,4	2,60 mm	0,000

Se obtuvieron buenos resultados en el 80 % de los pacientes, quienes lograron una apariencia de rejuvenecimiento en la región medifacial con atenuación del surco nasolabial y ascenso del surco órbito-malar (Figura 3).



Figura 3. A, Vista frontal (preoperatorio). B, Vista frontal (postoperatorio). C, Vista oblicua (preoperatorio). D, Vista oblicua (postoperatorio).

Tres pacientes (15 %) obtuvieron resultados regulares ya que no presentaron una mejoría evidente de la región operada y sólo 1 paciente tuvo resultados malos, por la presencia de ectropión grado 1 bilateral en el postoperatorio, debido a la resección excesiva de piel y músculo orbicular del párpado inferior y no a la técnica de abordaje del panículo adiposo malar directamente.

La mayoría de los pacientes (80 %) estuvieron satisfechos con los resultados de la operación. El 20 % de los pacientes estuvieron satisfechos parcialmente ya que no encontraron la mejoría que esperaban con la técnica quirúrgica. Uno de estos casos relacionó su insatisfacción con la complicación presentada.

DISCUSIÓN

La mayoría de los autores expresan los resultados obtenidos mediante el estudio fotográfico antes y después de la operación, sobre la base de una apreciación cualitativa de las fotos comparadas.^{7,8} Consideramos que aunque las medidas puedan tener algún margen de error, ya que éstas se realizan sobre tejidos blandos móviles y se toman en escalas milimétricas, constituyen un elemento a tener en cuenta a la hora de evaluar el resultado de forma más objetiva.

Actualmente se sabe que las técnicas de ritidectomía cervicofacial, cuando no se realiza ningún tipo de movilización y fijación de la grasa malar, producen una mejoría aparente en esta región y que esta mejoría desaparece con el paso de los meses.⁹ Esto se explica por las particularidades de esta región, tanto anatómicas como relativas al proceso de envejecimiento.

Mediante la técnica descrita se desinserta la grasa malar del plano muscular subyacente. La grasa malar se puede movilizar en unión a la piel a la cual esta firmemente adherida y fijar en una posición más elevada, mediante sutura del reborde orbitario externo al periostio.

Nuestros resultados coinciden con la mayoría de los autores que realizan disección profunda de la grasa malar y re inserción de ésta, como complemento de sus técnicas de ritidectomía cervicofacial. Estos autores han obtenido buenos resultados inmediatos y a largo plazo en la mayoría de sus pacientes.¹⁰⁻¹² La explicación de estos resultados radica en que la técnica permite la reposición y fijación de la grasa malar en continuidad con la piel que la recubre y se produce un desplazamiento en bloque de la región. Por el contrario, la disección subcutánea sobre el tejido adiposo de la mejilla, como la que se realiza en técnicas convencionales, sólo permite suspender la piel, pues el tejido adiposo nunca modifica su posición respecto a la musculatura cigomática subyacente.

La técnica empleada en nuestros pacientes difiere de estos autores en que sólo limita su disección a la región mediofacial por abordaje de incisión subciliar sin comunicar con el plano subSMAS facial lateral al borde externo del músculo cigomático mayor. En cambio, se basa en el mismo principio de disección supramuscular del pániculo adiposo malar, con elevación y sutura de éste al periostio del reborde orbitario externo. Con ello logramos resultados similares sin el riesgo que presuponen las otras técnicas por la proximidad a ramas nerviosas motoras del nervio facial.

Con relación a los casos en los que no obtuvimos una mejoría significativa, consideramos que la desinserción y reposición de la cara profunda de la grasa malar no fue suficiente para compensar la redundancia marcada de piel y la grasa que tenían estos pacientes sobre el surco nasolabial. Se evidenció que esta zona es todavía un reto para los cirujanos plásticos, sobre todo en casos con acentuados signos de envejecimiento, que requieren de técnicas complementarias.¹³

Podemos concluir que aunque la serie es pequeña y la evaluación a largo plazo está por realizar, la técnica empleada en estos pacientes es segura, sencilla y ofrece resultados alentadores, por lo que constituye una alternativa para el tratamiento del envejecimiento de la región mediofacial, la cual constituye un punto crítico para la cirugía estética en la actualidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Owsley, JQ. Lifting the malar fat pad for correction of prominent nasolabial folds. *Plast Reconstr Surg.* 1993; 91:403.

2. Owsley, JQ. Elevation of the malar fat pad superficial to the orbicularis oculi muscle for correction of prominent nasolabial folds. *Clin Plast Surg.* 1995; 22:227.
3. Owsley, JQ. Update: lifting the malar fat pad for correction of prominent nasolabial folds. *Plast Reconstr Surg.* 1997; 100:715.
4. Yousif, NJ, Mendelson, BC. Anatomy of the midface. *Clin Plast Surg.* 1995; 22:227.
5. Fogli, A. Orbicularis Muscleplasty and face lift: A Better Orbital Contour. *Plast Reconstr Surg.* 1995; 96:1560.
6. Tremolada C, Fissete J, Candiani P. Anatomical basis for a safe and easier approach to composite Rhytidectomy. *Aesthetic. Plast Surg.* 1994; 18:387.
7. Yousif NJ. Changes of the midface with age. *Clin Plast Surg.* 1995; 22: 213.
8. Millard DR Jr. Evaluation of a technique designed to correct nasolabial folds. *Plast Reconstr Surg.* 1992; 89:356.
9. Robbins LB, Brothers DB, Marshall DM. Anterior SMAS plication for the treatment of prominent nasomandibular folds and restoration of normal cheek contour. *Plas Recostr Surg.* 1995; 96:1279.
10. Mendelson BC. Extended sub-SMAS dissection and cheek elevation. *Clin Plast Surg.* 1995; 22:325.
11. Hamra ST. Composite rhytidectomy and the nasolabial fold. *Clin Plast Surg.* 1995; 22:313.
12. Hamra St. The aging face: Analysis, surgical aproach, ad result assessment. *Aesthetic Surg Qrtly.* 1996; 16:65.
13. Guyuron B. The armamentarium to battle the recalcitrant nasolabial fold. *Clin Plast Surg.* 1995; 22:253.

Recibido: 13 de enero de 2006. Aprobado: 3 de febrero de 2006.

Dr. Julio César Gálvez Chávez. Condesa N.º 163, entre Escobar y Lealtad. Centro Habana. Ciudad de La Habana.

Correo electrónico: jcgalvez@infomed.sld.cu

¹Especialista de II Grado en Cirugía Reconstructiva y Quemados. Profesor Auxiliar.

²Residente de 4to año de Cirugía Reconstructiva y Quemados (Colombia).