
LEVANTAMIENTO CENTROFACIAL, UN PROCEDIMIENTO LÓGICO, MINIINVASIVO E INTEGRAL

Antonio Fuente del Campo

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 “miniriti”, inyecciones de relleno, o procedimientos parciales realizados periódicamente, aunque proporcionen correcciones limitadas, en lugar de una cirugía mayor que requiere de un periodo de recuperación más largo y temen que los cambie demasiado.

La pérdida de volumen óseo y de consistencia de las partes blandas que ocurren con el envejecimiento se manifiestan, entre otras cosas, por la ptosis de las cejas, la redundancia palpebral, la profundización del surco nasogeniano, la flacidez y redundancia de las mejillas, etc. Para su corrección, el procedimiento de elección había sido tradicionalmente la ritidectomía; sin embargo, muchos pacientes rechazan este procedimiento, debido a que no quieren cicatrices frente a la oreja, por la prolongada recuperación que requieren y también por miedo a una cirugía mayor, a la anestesia general, a posibles complicaciones, a la irreversibilidad de los resultados, etc. Todo esto ha hecho que los pacientes elijan procedimientos menos complicados. No hay duda de que a los pacientes les atraen las soluciones simples.

En la región centrofacial, la flacidez de las partes blandas se hace evidente por la caída de la cresta nasogeniana que a su vez hace aparentemente más profunda al surco nasogeniano, con la aparición de las bolsas malares y la flacidez del párpado inferior, frecuentemente acompañada de la pseudo-herniación de las bolsas grasas intraorbitarias.

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 la misma cicatriz de una blefaroplastia y prácticamente con el mismo periodo de recuperación.

Puede realizarse como parte de una ritidectomía convencional. La corrección de la porción central de la cara dependerá de este procedimiento y la corrección de las porciones laterofaciales (mejillas) de algún otro procedimiento asociado, realizado por otra vía.

Esta nueva opción despertó gran interés siendo adoptado por muchos colegas como el procedimiento de elección y de su experiencia han surgido algunas variantes (Hagerty (3), McCord (4), Hobar (5), Moelleken (6), Hester (7), Gunter (8)). El "levantamiento centrofacial" es un procedimiento mini-invasivo que logra excelentes resultados, de larga duración y rápida recuperación. Está indicado como procedimiento aislado en pacientes relativamente jóvenes (ritidosis grados I y II), que presentan manifestaciones incipientes de envejecimiento, y combinado con una ritidectomía de mejillas en pacientes con deterioro más severo (ritidosis grados III y IV) (9-12).

Un elemento importante de corregir en esta región ha sido el surco nasogeniano, que se acentúa con el envejecimiento debido al descenso vertical de la piel y partes blandas de la mejilla, que se detienen en el surco nasogeniano, debido a las inserciones de los músculos en esa zona, ocasionando su aglomeración (cresta nasogeniana). De hecho, lo que debemos corregir es esta aglomeración y no la sombra que genera y que conocemos como surco nasogeniano, delimitante anatómico natural de una unidad estética de la cara (13).

VALORACIÓN PREOPERATORIA

Los pacientes deben ser valorados clínicamente considerando las condiciones de las diversas estructuras de la zona. La dirección y profundidad del surco nasogeniano está en relación con el volumen y la flacidez de la cresta nasogeniana y melolabial y denota la cantidad de piel y grasa redundantes. Me-

dante deslizamiento digital apreciamos el desplazamiento ascendente que se requiere para corregir la cresta y, por ende, suavizar los surcos. En la mayoría de los casos realizamos el levantamiento centrofacial junto con blefaroplastia de párpados inferiores y en muchos de ellos también de superiores. Los párpados son valorados en la forma convencional para una blefaroplastia, considerando longitud de la hendidura palpebral, dirección, relación intercantal, redundancia cutánea, redundancia muscular, bolsas grasas, así como su relación con las estructuras vecinas. Es importante considerar que debido a que la distancia entre la cresta, punto en que se toman los tejidos profundos y el reborde orbitario, punto donde se anclan, es muy corta, la tracción aplicada tiene una relación de 1:1 con el resultado obtenido, es decir, que con 1 cm de tracción se logra la corrección de 1 cm.

Esto no ocurre así con otros procedimientos, como la ritidectomía, en que ambos puntos están distantes entre sí y la relación es de 1:4, por lo que es necesario ejercer mucho más tracción para lograr discreta mejoría de la cresta nasogeniana, que por lo mismo no siempre se conserva. 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 convencional para párpado inferior, se disecciona en forma roma un colgajo miocutáneo que incluye al músculo orbicular. Se continúa la disección hacia abajo por detrás de este músculo y por detrás del SMAS, a través de dos túneles, uno medial y otro lateral al nervio infraorbitario, hasta llegar a la cresta nasogeniana (Fig. 20.1). Al realizar esta disección, es conveniente proteger al nervio infraorbitario, colocando percutáneamente la punta de un dedo sobre la mejilla a nivel del orificio infraorbitario. En los casos con cresta gruesa o pesada hacemos previamente liposucción con cánula de 2 mm a través de una pequeña incisión intranasal en fosa piriforme. Esta maniobra reduce su volumen y peso, así como la tracción que se requiere para corregirla. En los casos con partes blandas pesadas agregamos disección subperióstica de la zona (respetando el periostio del reborde del piso orbitario), cuidando de abrir el periostio horizontalmente, en uno o dos niveles. Esta maniobra libera indirectamente las inserciones de



Fig. 20.1. Túneles de disección por detrás del músculo orbicular y del SMAS, uno medial y otro lateral al nervio infraorbitario, hasta llegar a la cresta nasogeneana.

los músculos elevador del labio superior, elevador común de ala nasal y labio superior, zigomático mayor y zigomático menor, permitiendo desplazar las partes blandas en bloque. El periostio incluido en el colgajo es resistente; permite la tracción vertical de los tejidos y nos asegura adecuada fijación a su nueva posición. Esta disección subperióstica también la podemos hacer a través de una incisión intraoral de 1 cm hecha en el fondo de saco del vestíbulo superior (Fig. 20.2).

Las partes blandas de la mejilla son traccionadas con un vector vertical y suspendidas al periostio o periórbita del reborde orbitario (vicryl 4-0) (Fig. 20.3). En pacientes con periostio delgado hacemos la suspensión a través de pequeñas perforaciones hechas en el reborde orbitario.

La tracción vertical de las partes blandas profundas permite corregir el desplazamiento que sufren con el tiempo, restaurando el contorno y la consistencia de la cara sin traccionar la piel. Recordemos que la piel es un elemento de recubrimiento y no estructura de soporte.

Traccionar la piel destruye su elasticidad residual. Reubicar las partes blandas profundas reduce la carga contra la piel y permite que recupere su elasticidad o conserve la remanente.

Las dos primeras suturas son colocadas al fondo del túnel medial al nervio y ancladas al reborde del piso orbitario. Dos suturas más son colocadas en el fondo del túnel lateral al nervio y ancladas a la pared lateral de la órbita en la vecindad del canto externo. Estas dos últimas suturas aplican tracción vertical a la porción lateral del músculo orbicular, y corrigen las

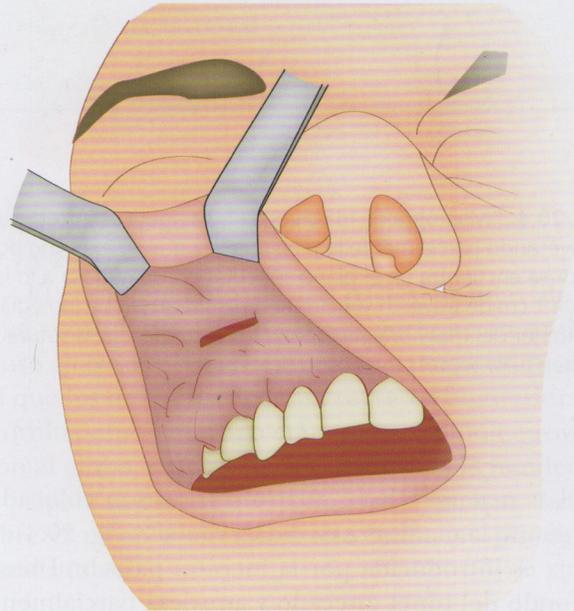


Fig. 20.2. Incisión de acceso en el fondo de saco del vestíbulo superior, para la disección subperióstica.

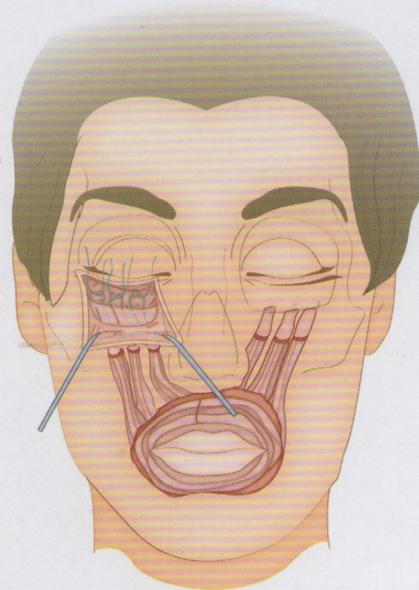


Fig. 20.3. Las partes blandas de la mejilla son traccionadas con un vector vertical y suspendidas al periostio o periórbita del reborde orbitario.

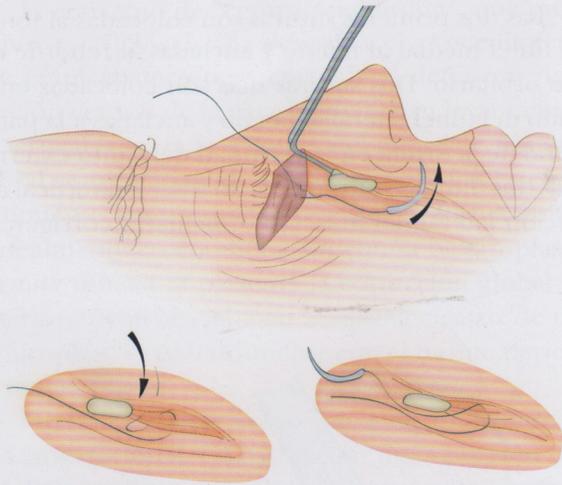


Fig. 20.4. "Maniobra de ida y vuelta". La aguja es introducida atravesando parcialmente la piel; una vez que su extremo posterior se encuentra en el plano subcutáneo, se regresa a lo largo de 1 cm de trayecto subcutáneo para regresar de inmediato al interior del túnel original donde los extremos de la sutura se reúnen para tomar el periostio del reborde orbitario.

"bolsas males". Estas cuatro suturas son colocadas mediante la maniobra de "ida y vuelta" (Fig. 20.4), la aguja es introducida por la incisión palpebral hasta el fondo del túnel disecado y atraviesa parcialmente la piel a nivel de la cresta nasogeniano. Una vez que el extremo posterior de la aguja se encuentra en el plano subcutáneo, se regresa en este plano a lo largo de 1 cm, para enseguida regresar al interior del túnel subSMAS, ascender y tomar el periostio. Se toma el otro extremo de la sutura y se anudan entre sí para conseguir un buen anclaje. Mediante esta maniobra se puede tomar una resistente porción de tejido subcutáneo (tejido celular y músculo), que permite ejercer la tracción necesaria para levantar la mejilla sin necesidad de dejar puntos externos y consecuentemente marcas en la piel. Esta maniobra eleva discretamente el labio superior y el ala nasal.

El desplazamiento vertical de las partes blandas con frecuencia ocasiona redundancia del músculo orbicular, a nivel de la incisión palpebral. Según el caso, esta redundancia puede ser resecada o enrollar el músculo sobre sí mismo para dar volumen (Fig. 20.5). Esto último resulta particularmente útil en aquellos pacientes que tienen un surco infratarsal muy acentuado. Para asegurar buen nivel y contorno del párpado inferior, se disecciona 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.

externo (vicryl 4-0), mediante la maniobra de "ida y vuelta" ya descrita (Fig. 20.6). Esta sutura le da tensión horizontal al reborde palpebral corrigiendo su posible flacidez y ayuda a reubicar las bolsas grasas



Fig. 20.5. Redundancia del músculo orbicular a nivel de la incisión palpebral. Esta redundancia muscular puede ser resecada, tomar un colgajo para suspensión lateral del tarso o enrollarlo sobre sí mismo para dar volumen local.

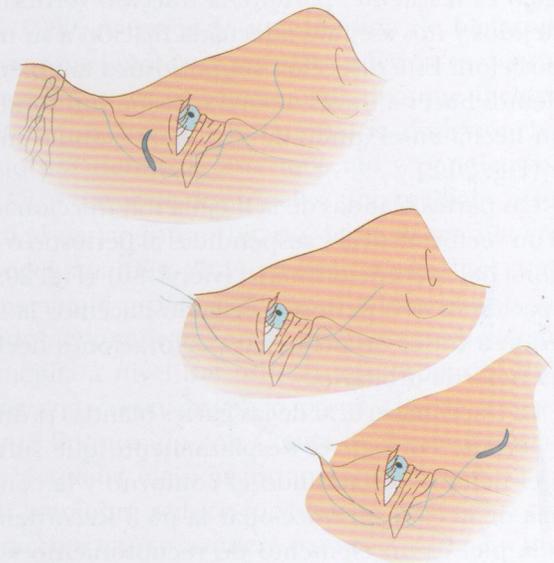


Fig. 20.6. Del borde libre del músculo orbicular se toma un pequeño colgajo muscular, traccionado hacia arriba y hacia atrás y fijado al periostio cerca de la inserción del ligamento cantal externo.

palpebrales, intruyéndolas a su posición original dentro de las órbitas. Cuando las bolsas son muy grandes y esta maniobra no es suficiente para lograrlo, basta con tomar con una pinza su cápsula y electrofulgurarla. La electrofulguración actúa como una sutura de jareta y completa su intrusión. Regresar la grasa dentro de la órbita restaura la relación original entre continente y contenido orbitario, pero además elimina la posibilidad de que ocasionemos un sangrado, como podría ocurrir cuando resecamos la grasa.

El procedimiento es complementado con una blefaroplastia convencional, reseca piel y músculo orbicular en diferentes proporciones según el caso.

La herida es suturada en forma continua intradérmica con nylon 5-0.

La finalidad de este procedimiento no es eliminar el surco nasolabial ya que es una delimitante anatómica natural, pero sí reducir el aspecto flácido y prominente de la cresta, que se presenta con el envejecimiento. La indicación ideal para realizar este procedimiento en forma aislada son los casos con ritidosis grados I y II. En pacientes con ritidosis grados III y IV, este procedimiento representa una excelente opción para corregir la ritidosis de la región centrofacial, pero es necesario asociarlo a una ritidectomía o levantamiento de las áreas laterofacia-

TABLA 20.1

Efectos del levantamiento centrofacial

| |
|---------------------------------|
| - Corrección cresta nasogeneana |
| - Corrección bolsas malares |
| - Aumento volumen malar |
| - Intrusión bolsas palpebrales |
| - Proyección globo ocular |
| - Definición surco infratarsal |

les para lograr la corrección total de la cara (Figs. 20.7 y 20.8).

El levantamiento de las partes blandas de la zona centrofacial elimina la tracción que en su descenso ejercen sobre el séptum orbitale, permitiendo así que los depósitos de grasa regresen al interior de la órbita, reponiendo su contenido, dándole proyección al globo ocular y mayor apertura a la hendidura palpebral, con lo que aumenta la luz que incide sobre el ojo proporcionándole brillo, propio de la mirada joven.

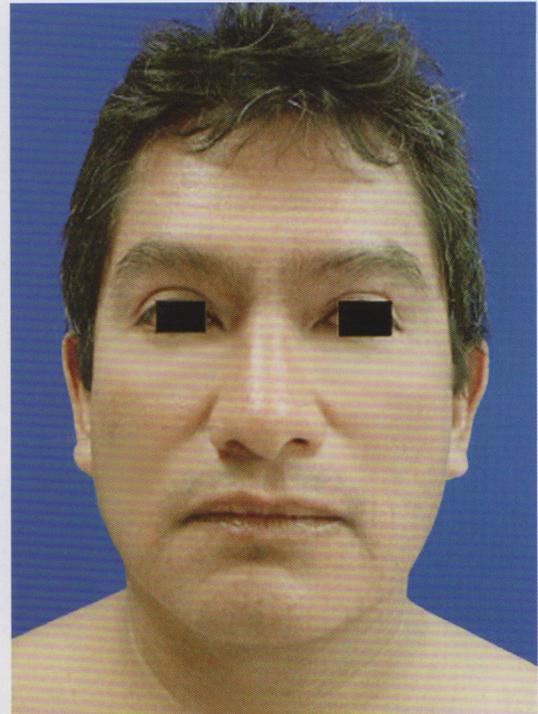


Fig. 20.7. A. Paciente masculino de 42 años de edad con ritidosis grado I. **B.** Aspecto del paciente 14 meses después de levantamiento centrofacial por vía transpalpebral inferior y blefaroplastia de ambos párpados.

Hacer innecesaria la resección quirúrgica de las bolsas de grasa palpebrales permite respetar la relación contenido/conteniente de la órbita, restaurando y no adulterando las proporciones de la zona, y como dijimos antes, evita sus posibles complicaciones, como el sangrado y la equimosis. Las suturas de anclaje al reborde orbitario acentúan el surco

TABLA 20.2

Ventajas del levantamiento centrofacial

| |
|---|
| - Corrección selectiva de las estructuras |
| - Mejora consistencia de tejidos |
| - Respeta circulación cutánea |
| - Preserva elasticidad cutánea remanente |
| - Procedimiento efectivo y duradero |
| - Permite realizar procedimientos agregados con seguridad |
| - Cicatrices mínimas |
| - Resultados naturales |



Fig. 20.9. Las suturas de anclaje al reborde orbitario corrigen la cresta nasogeneana, permiten la intrusión de las bolsas grasas palpebrales y acentúan el surco infratarsal, proporcionando definición a las áreas correspondientes a párpado inferior y mejilla.



A



B

Fig. 20.8. A. Paciente femenina de 45 años de edad con ritidosis grado II. **B.** Aspecto de la paciente 11 meses después de levantamiento centrofacial, blefaroplastia de ambos párpados, resección de nevo en labio superior y peeling facial.

infratarsal y proporcionan definición a las áreas correspondientes a párpado inferior y a mejilla. Este procedimiento corrige la cresta nasogeniana en su porción alta (zona I de Barton) y eleva discretamente el labio superior, evertiéndolo (14) (Fig. 20.9).

El “levantamiento centrofacial” 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, pero no desean o no pueden someterse a una ritidectomía completa. El “levantamiento centrofacial” es el complemento perfecto en aquellos pacientes a los que se le realiza una blefaroplastia, ampliando sus beneficios a la región centrofacial.

Si combinamos los procedimientos de “levantamiento frontal”, “blefaroplastia” y “levantamiento centrofacial”, todos ellos realizados por vía transpalpebral, estamos hablando de un procedimiento de “restauración del ovalo facial”, que corrige la zona más evidente de envejecimiento, dejando por fuera únicamente a la porción lateral de las mejillas (zona laterofacial) y al cuello, pero esto es tema de otros capítulos.

Al realizar un procedimiento de rejuvenecimiento facial, cualquiera que este sea, no olvidemos que la meta principal es reestablecer la relación perdida entre el volumen de la estructura facial vigente y la superficie de su cubierta (Fig. 20.10).



Fig. 20.10. A. Paciente femenina de 55 años de edad con ritidosis grado III. **B.** Aspecto 2 años después de levantamiento centrofacial por vía transpalpebral inferior, blefaroplastia de ambos párpados y frontoplastia por vía transpalpebral superior.