

# Lifting facial del tercio superior. Abordaje por vía endoscópica



Dr. Antonio de la Fuente<sup>(1)</sup>, Dra. Silvia González, Dr. Carlos León

Especialistas en Cirugía Plástica, Reparadora y Estética

<sup>(1)</sup> Miembro de la AECEP. Madrid

## INTRODUCCIÓN

A medida que envejecemos, los tejidos blandos de nuestro cuerpo presentan un descenso de su posición original debido a cambios morfológicos así como a la acción de la gravedad. Una de las regiones afectadas que tiene mayor trascendencia sobre el envejecimiento facial es el tercio superior de la cara, tanto por su significado a nivel de expresión facial como por lo que representa una buena posición de las cejas como signo de juventud. Las modificaciones se refieren fundamentalmente al descenso del segmento lateral o cola de la ceja, así como a las líneas de expresión motivadas por la acción muscular<sup>1</sup>.

En los últimos años, debido a la introducción de técnicas menos invasivas, se ha incrementado la demanda de esta cirugía, con una mayor aceptación de los pacientes, al no tener que recurrirse a procedimientos más cruentos.

Desde que en 1992 el grupo de Váscenez<sup>2</sup> utilizara por primera vez la endoscopia en cirugía facial, estas técnicas endoscópicas han continuado evolucionado, siendo cada vez mayor el número de ellas que se utilizan para tener acceso a estructuras lejanas con mínimas incisiones, fundamentalmente en los tercios superior y medio faciales<sup>3</sup>.

Estas técnicas se han desarrollado en gran parte gracias al mejor conocimiento anatómico de la musculatura facial, que permite emplear conceptos

funcionales como, por ejemplo, la relajación de músculos depresores para que sus antagonistas consigan una elevación de las estructuras del tercio superior a través del músculo frontal, que actúa como elevador<sup>4</sup>.

Las indicaciones para un *lifting* frontal endoscópico son básicamente las mismas que para un *lifting* frontal con incisión coronal: ptosis de cejas, arrugas frontales, pliegues glabellares y pseudoptosis palpebral. En nuestra opinión, existen algunas situaciones clínicas en las que esta técnica no sería la más idónea, concretamente, en aquellos pacientes con frentes muy anchas, en quienes la dificultad técnica es mayor, y en aquellos otros cuyas arrugas frontales son muy marcadas y se beneficiarían más de un despegamiento más superficial. Asimismo, en casos de pieles muy pesadas con una ptosis marcada de cejas, puede ser conveniente recurrir a procedimientos más convencionales. Por último, en pacientes que requieran un estrechamiento de la frente sería más adecuado un *lifting* con incisión precapilar. A la hora de diseñar las incisiones, así como la disección y la fijación, habrá que tener en cuenta las características anatómicas tales como la implantación de la línea de pelo, el grosor de los tejidos blandos, y los signos relacionados con el sexo, la edad, y la etnia del paciente<sup>5</sup>.

En nuestra opinión, la mayoría de las pacientes que consultan por cirugía de rejuvenecimiento y

que se beneficiarían de un *lifting* frontal aceptan mejor el procedimiento planteado, gracias a estas técnicas endoscópicas menos invasivas.

En este artículo presentamos algunos aspectos relacionados con nuestra experiencia con esta técnica, que venimos empleando desde septiembre de 1994, con una casuística que incluye 383 pacientes hasta noviembre de 2007.

Los pasos fundamentales de la técnica consisten en disección en el cuero cabelludo, relajación adecuada de los tejidos, condición prioritaria y fundamental para conseguir una buena movilización de los mismos y fijación, que se realiza mediante la sutura de las fascias temporoparietal y temporal<sup>6</sup>.

## TÉCNICA QUIRÚRGICA

Desde septiembre de 1994 hasta noviembre de 2007 hemos atendido a 383 pacientes (363 mujeres y 20 hombres).

Habitualmente, la intervención se lleva a cabo bajo anestesia general, o local más sedación, acom-

pañada de infiltración de lidocaína al 1% más epinefrina (1:300.000).

Se realizan 4-5 incisiones por detrás de la línea de implantación del pelo. La primera incisión es central, en dirección vertical, de 15 mm de longitud (incisión medial); posteriormente se efectúan dos paramedianas, también verticales, de 15 mm (incisiones laterales) en la región más elevada de las cejas y, por último, dos temporales de 25 mm perpendiculares a una línea que va del reborde alar al canto lateral (incisiones temporales) (Fig. 1).

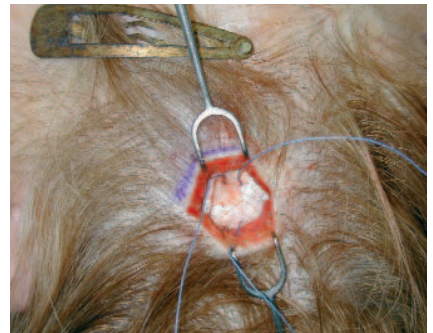
La disección en la región frontal anterior se realiza en un plano subperióstico con un disector romo, de manera que conecte las incisiones medial y laterales (Fig. 2). Mediante la utilización de un endoscopio rígido se visualiza, a nivel de las incisiones temporales, el plano de despegamiento entre la fascia temporoparietal y la temporal, dejando intacto el tejido areolar laxo debajo de la primera, para evitar una lesión de la rama frontal del nervio facial. El bolsillo temporal se hace hasta la identificación de la vena centinela (vena temporocigomática), que



**Fig. 1.** Insición central.



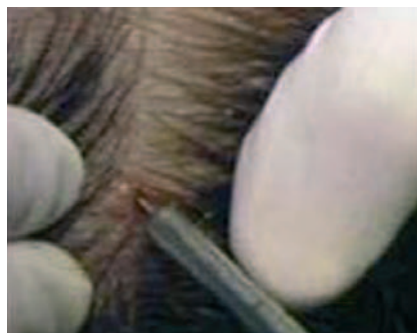
**Fig. 2.** Disección subperióstica del bolsillo central.



**Fig. 3.** Punto de fijación entre las fascias temporoparietal y temporal.



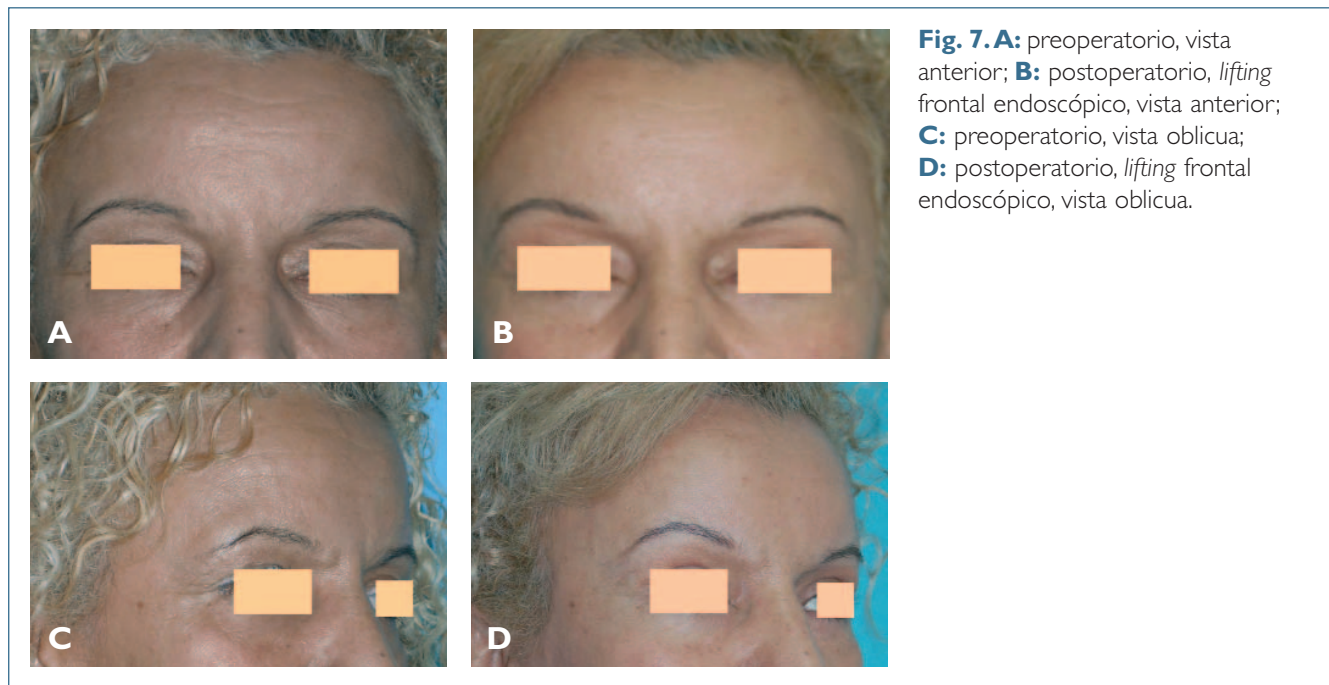
**Fig. 4.** Avance de colgajo al anudar el punto de sutura de la fascia temporoparietal a la fascia temporal.



**Fig. 5.** Introducción del microtornillo en la tabla ósea externa.



**Fig. 6.** Mantenimiento del microtornillo mediante grapas. Detalle de la fijación.



**Fig. 7.** **A:** preoperatorio, vista anterior; **B:** postoperatorio, *lifting* frontal endoscópico, vista anterior; **C:** preoperatorio, vista oblicua; **D:** postoperatorio, *lifting* frontal endoscópico, vista oblicua.

constituiría el límite de disección para el *lifting* frontal, aunque en los casos indicados se puede extender al tercio medio facial.

Se debe liberar el ligamento orbitario, así como las estructuras que limiten la movilización sin tensión de los tejidos a la posición deseada<sup>1</sup>. Posteriormente, se liberan el periostio, la gálea aponeurótica y la grasa retro-orbicular (*roof*) del reborde orbitario sin lesionar los paquetes supraorbitarios y supratrocleares<sup>7</sup>. A continuación se procede a conectar todo el plano de disección, mediante la liberación de los tejidos de la cresta temporal. Se llevarán a cabo miotomías selectivas en la porción lateral de la ceja, con objeto de favorecer la elevación de la misma por el debilitamiento de los músculos depresores. La fijación mantendrá la ceja en su nueva posición. Ésta se efectúa mediante un punto de sutura no absorbible de polifilamento 2-0 que va de la fascia temporoparietal a la fascia temporal (Figs. 3 y 4). Cuando se requiere reforzar más la fijación se usan dos microtornillos de titanio de 12 x 15 mm sobre la tabla ósea externa a nivel de la porción central de cada ceja y dos grapas que anclan los tejidos al tornillo, lo cuales se retirarán a las tres semanas del postoperatorio, cuando existe una adhesión del periostio en su nueva posición (Figs. 5 y 6).

Las incisiones se suturan con grapas o con puntos simples de nailon, manteniendo un apósito con

Micropore durante seis días aproximadamente, con objeto de mantener la posición y disminuir el edema<sup>6</sup>.

## DISCUSIÓN

A lo largo de estos 13 años, podemos afirmar que el *lifting* frontal endoscópico es una técnica que, teniendo la curva de aprendizaje requerida, nos proporciona resultados muy satisfactorios. En el 95% de los pacientes es nuestra técnica de elección, siempre que constituya la indicación adecuada, ya que aporta ventajas tales como el menor índice de complicaciones y de morbilidad, la preservación de la sensibilidad, la menor incidencia de áreas alopecicas, etc.<sup>8</sup>.

Como factor determinante de esta técnica hay que reseñar la importancia de una liberación adecuada del periostio, la gálea aponeurótica y la grasa retro-orbicular (*roof*), con objeto de permitir la elevación necesaria en cada caso. Asimismo, resulta fundamental una disección de la región periorbitaria que permita una movilización de la porción lateral de la ceja, cuya suspensión está motivada por factores más mecánicos que funcionales<sup>9</sup>.

La resección parcial o total de los músculos corrugadores sólo se lleva a cabo en casos de hipertrofia evidente de los mismos, ya que pueden pro-



**Fig. 8.** **A:** preoperatorio, vista anterior; **B:** postoperatorio, *lifting* frontal endoscópico, vista anterior; **C:** preoperatorio, vista oblicua; **D:** postoperatorio, *lifting* frontal endoscópico, vista oblicua.

ducir una elevación y una separación excesivas de la porción medial de la ceja, lo que da lugar a una posición poco natural de la misma<sup>6</sup>.

El otro aspecto fundamental de la técnica se basa en la fijación, cuyo objetivo es mantener los tejidos en su nueva posición. Para ello se requiere la suspensión interfascial, acompañada en ciertas ocasiones de un microtornillo o de otros procedimientos alternativos opcionales, en función de cada caso. La fijación se efectúa lo más cerca posible de la ceja, a fin de obtener un avance más efectivo, por lo que las incisiones se diseñan cerca de la línea de implantación del pelo, para que siempre queden ocultas por el mismo.

El vector de corrección es otro de los puntos que se deben tener en cuenta para un resultado más natural. En la región lateral de la ceja, el vector debe ser posterosuperior, mientras que en la porción central el vector es solo superior, con objeto de mantener las proporciones y la forma adecuadas de ésta, y conseguir un aspecto natural.

El *lifting* frontal endoscópico tiene las mismas indicaciones que el *lifting* convencional coronal,

pero sin la morbilidad asociada al mismo, a excepción de algunos casos puntuales, en lo cuales resultaría más idóneo otro tipo de abordaje.

Podríamos decir que la única contraindicación inherente al tipo de paciente sería en aquel que requiera estrechamiento de la frente mediante la resección de cuero cabelludo, si bien en casos de frentes muy pesadas o excesivamente ptósicas y arrugadas nos inclinamos por otra vía de abordaje.

## CONCLUSIONES

El *lifting* frontal endoscópico es un procedimiento con el que se obtienen buenos resultados a largo plazo, siempre que la técnica se lleve a cabo correctamente, lo cual significa que se han de realizar el despegamiento necesario y la liberación suficiente para lograr una óptima movilización, sin tensión de los tejidos. Además, presenta una baja morbilidad y un bajo índice de complicaciones; sin embargo, requiere un entrenamiento especial, con curva de aprendizaje, así como el equipo necesario para llevar acabo esta técnica quirúrgica.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Knize DM. An Anatomical Base Study of the Mechanism of Eyebrow Ptosis. *Plast Reconstr Surg.* 1997; 97: 1321.
2. Core GB, Váscquez LO, Askren C, Yamamoto Y, Gamboa M. Coronal Face Lift with Endoscopic Technique. *Plast Surg Forum.* 1992; 25: 227.
3. Matarasso A. Endoscopically Assisted Forehead-Brow Rhytidoplasty: Theory and Practice. *Aesthetic Plast Surg.* 1995; 19: 141.
4. Daniel RK, Tirkanits B. Endoscopic Forehead Lift, Aesthetics and Analysis. *Clin Plast Surg.* 1995; 22: 605.
5. Isse NG. Endoscopic Forehead Lift, Evolution and Update. *Clin Plast Surg.* 1995; 22: 661.
6. De la Fuente A. Endoscopic Forehead Lift: Is It Effective? *Aesthetic Surg J.* 2002; 22: 113.
7. Isse NG. Endoscopic facial rejuvenation: Endoforehead, the functional lift (Case report). *Aesthetic Plast Surg.* 1994; 18: 21.
8. De la Fuente A, y cols. *Lifting* Frontal Endoscópico. *Cir Plast Ibero-Latinoamer.* 1995; XXI: 267.
9. De la Fuente A, y cols. Facial Rejuvenation: A combined conventional and endoscopic assisted lift. *Aesthetic Plast Surg.* 1996; 20: 471.
10. Flowers RS, Caputy GG, Flowers SS. The Biomechanics of Brow and Frontalis Function and its Effect on Blepharoplasty. *Clin Plast Surg.* 1993; 20: 255.