

Blefaroplastia superior con técnica de realce de volumen: descripción de la técnica quirúrgica y sus beneficios

Upper blepharoplasty with volume enhancement technique: surgical technique description and its benefits

Fernando Casanueva L.¹, Gonzalo Ortega F.^{1,2}

¹Servicio de

Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello, Hospital Guillermo Grant Benavente. Concepción, Chile.

²Servicio de

Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello, Hospital San Vicente de Arauco. Arauco, Chile.

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Recibido el 4 de abril de 2020.

Aceptado el 16 de abril de 2020.

Correspondencia:

Fernando Casanueva L.
Dalcahue 1120, of. 302.
San Pedro de la Paz.
Concepción, Chile.
Email: info@fernandocasanueva.cl

Resumen

Introducción: La región periorbitaria es la primera en exhibir los efectos del envejecimiento, siendo el exceso de piel del párpado superior el signo más frecuente. Actualmente las técnicas quirúrgicas de blefaroplastia superior son más conservadoras, logrando resultados estéticos satisfactorios y naturales. La técnica con realce de volumen es una técnica poco agresiva en la cual se respeta el músculo y grasa periorbitaria.

Objetivo: Describir la técnica de blefaroplastia superior con realce de volumen, sus beneficios y resultados estéticos. **Material y Método:** Estudio descriptivo retrospectivo. Se analizaron pacientes sometidos al procedimiento entre agosto de 2016 y octubre de 2017. **Resultados:** Se describe la técnica quirúrgica. Se operaron 56 pacientes con un promedio de edad de 57 años. 75% correspondían a sexo femenino. Se utilizó anestesia local en 59% pacientes. Se complementó con otras cirugías en un 57%. De éstas 19% corresponden a rinoplastias, 31% a frontoplastias, 47% a blefaroplastias inferiores, entre otras. No se presentaron complicaciones intraoperatorias ni postoperatorias mayores.

Conclusión: La técnica de blefaroplastia superior con realce de volumen es una técnica conservadora con excelentes resultados estéticos y funcionales. Al conservar el músculo orbicular y los tejidos blandos subyacentes se genera un aumento de volumen en la zona del supratarso, realizando la belleza de la región periorbitaria.

Palabras clave: blefaroplastia superior, cirugía plástica facial, envejecimiento.

Abstract

Introduction: The periorbital region is the first to exhibit the effects of aging. The excess of skin on the upper eyelid is the most frequent sign. Nowadays upper blepharoplasty techniques are more conservative, achieving satisfactory aesthetic results. The volume enhancement technique is a non-aggressive technique in which muscle and periorbital fat are preserved. **Aim:** Describe the upper blepharoplasty with volume enhancement technique, its benefits and aesthetic results. **Material and Method:** The surgical technique is described. Retrospective descriptive study. Patients studied were between august 2016 and october 2017. **Results:** 56 patients underwent surgery with an average age of 57 years. 75% were female. 59% were performed under local anesthesia. 57% had complementary surgeries. These were rhinoplasties (19%), frontoplasty (31%), lower blepharoplasty (47%) among others. There were no mayor intraoperative or postoperative complications. **Conclusion:** The upper blepharoplasty with volume enhancement technique is a conservative technique with excellent aesthetic and functional outcomes. By preserving the orbicularis muscle and the underlying soft tissues, a volume increase is achieved in supra tarsal area, enhancing the beauty in the periorbital region.

Keywords: upper blepharoplasty, facial plastic surgery, aging.

Introducción

La región periorbitaria es crucial en la belleza facial, siendo esta zona la representación de la juventud y expresión facial¹. Un ojo estéticamente joven se caracteriza por presentar volumen en la región supratarsal, entre el párpado y la ceja, y tener una cola de la ceja en una ubicación lateral. En esta zona de la región facial se ha visto que la armonía en la juventud es representada por una biconvexidad, formada por el volumen supratarsal y el volumen del párpado inferior y la mejilla, ambas convexidades separadas por el canto lateral del ojo. El envejecimiento se produce por la pérdida de la función fisiológica de los tejidos dada la senescencia celular². Estudios recientes de análisis 3D de la morfología facial y el envejecimiento facial han demostrado que la piel y los tejidos blandos juegan un rol fundamental a la hora de exhibir signos de envejecimiento. De estos el signo más representativo son los pliegues de la región periocular, y dentro de estos está la aparición de piel en exceso del párpado superior^{3,4}. Como manejo de esta situación se han planteado diversos procedimientos quirúrgicos, entre los cuales destaca la blefaroplastia superior. La técnica tradicional consta de la resección de piel, músculo y grasa preaponeurótica, sin embargo, suele dejar una periórbita de aspecto hundido con bordes ásperos que inclusive empeoran el envejecimiento¹. Es por esto que las técnicas de blefaroplastia superior se han modificado con un objetivo más conservador, logrando resultados estéticos más satisfactorios y naturales en donde la periórbita tiene un aspecto más delicado, con bordes suaves, lisos y firmes⁵⁻⁷. La técnica con realce de volumen, descrita por el Dr. Steven Faigen en el 2010, es una técnica poco agresiva en la cual se reseca solo la porción de piel excedente, respetando

el músculo y grasa periorbitaria, permitiendo un resultado estético más natural y funcional⁸. Al cerrar solo la piel se genera un efecto de acordeón del músculo orbicular, abultándolo y logrando un realce de volumen. Es importante resaltar que, para lograr un óptimo resultado postoperatorio, se debe realizar una evaluación clínica exhaustiva y medición preoperatoria.

Objetivo

Describir la técnica de blefaroplastia superior con realce de volumen, sus beneficios y resultados.

Material y Método

Estudio de tipo descriptivo retrospectivo. Se analizaron fichas clínicas de todos los pacientes intervenidos con la técnica de blefaroplastia superior con realce de volumen entre agosto de 2016 y octubre de 2017 en el Hospital San Vicente de Arauco y en la práctica privada. Se realizó un análisis con estadística descriptiva para evaluar la distribución y características de los pacientes. Fotografías bajo consentimiento informado y estudio aprobado por el comité de ética de nuestro centro.

Técnica quirúrgica

Se inicia con una medición y marcación de la zona quirúrgica. Se debe delinear el margen inferior a una distancia de 7 mm-10 mm del borde del párpado superior. El margen superior debe seguir el contorno inferior de la ceja. El límite medial es en relación al canto medial del ojo. El límite lateral es de 10 mm-12 mm lateral al canto lateral del ojo (Figura 1). Se realiza una infiltración subcutánea con anestésico local compuesto por lidocaína al 1% con epinefrina 1:100.000 (Figura 2).

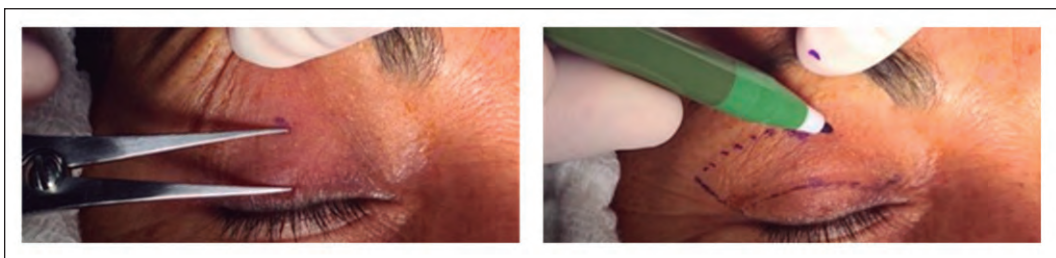


Figura 1. Detalle por pasos de la técnica quirúrgica.

ARTÍCULO DE INVESTIGACIÓN

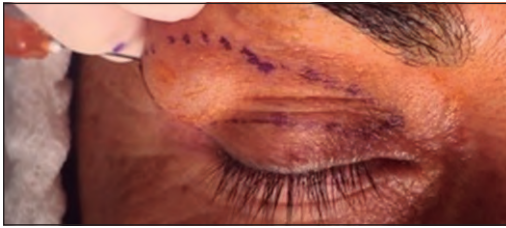


Figura 2. Detalle por pasos de la técnica quirúrgica.



Figura 3. Detalle por pasos de la técnica quirúrgica.

Incisión de la epidermis con bisturí frío Nº 15. Resección de la porción de piel con tijeras curvas o bisturí frío, se debe preservar completamente el músculo orbicular (Figura 3). Hemostasia con electrobisturí punta fina. Cierre de piel con sutura Prolene 6-0, la sutura debe estar a 1 milímetro de cada borde de piel y no debe pasar a través del músculo orbicular (Figura 4). Al realizar este cierre, respetando el músculo, se genera un efecto de acordeón del músculo orbicular, abultando el músculo y generando un efecto de volumen en la región del supratarso. Al finalizar, el paciente puede presentar 2 a 3 milímetros de lagoflato^{9,10}.

Resultados

Se intervinieron un total de 56 pacientes con un promedio de edad de 57 años. 42 pacientes (75%) de sexo femenino y 14 de sexo masculino (25%) (Figura 5). 33 pacientes (59%) se sometieron al procedimiento bajo anestesia local. 23 pacientes (41%) fueron intervenidos bajo anestesia general dado que la cirugía complementaria requería mayor anestesia (Figura 6).

A 32 pacientes (57%) se les realizó una cirugía complementaria, además, de la blefaroplastia superior. Dentro de las cirugías asociadas, un 19% corresponden a rinoplastias, un



Figura 4. Detalle por pasos de la técnica quirúrgica.

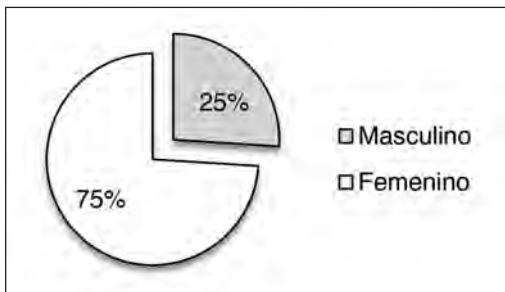


Figura 5. Distribución por sexo.

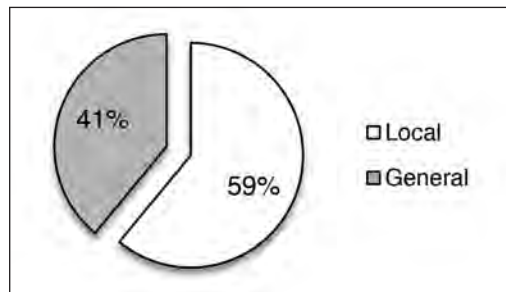


Figura 6. Distribución según el tipo de anestesia utilizada en los procedimientos.

31% a frontoplastías, un 47% a blefaroplastias inferiores, un 19% a lipoaspiración de cuello, un 9% a ritidectomías y un 3% a lipoinyección de grasa facial (Figura 7).

No se presentaron complicaciones intraoperatorias ni postoperatorias mayores en el total de la muestra. Una complicación menor fue un paciente que presentó una dehiscencia de la herida operatoria. Planteamos que la causa de esta puede haber sido una extracción precoz de la sutura. Un paciente requirió de una cirugía de revisión por resección incompleta de párpado redundante. Se muestran 3 resultados de pacientes con fotografías pre y postoperatorias en vista frontal y oblicua (Figura 8).

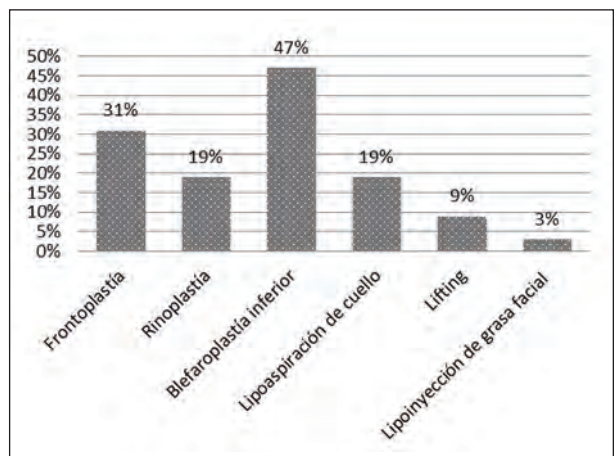


Figura 7. Cirugías complementarias.

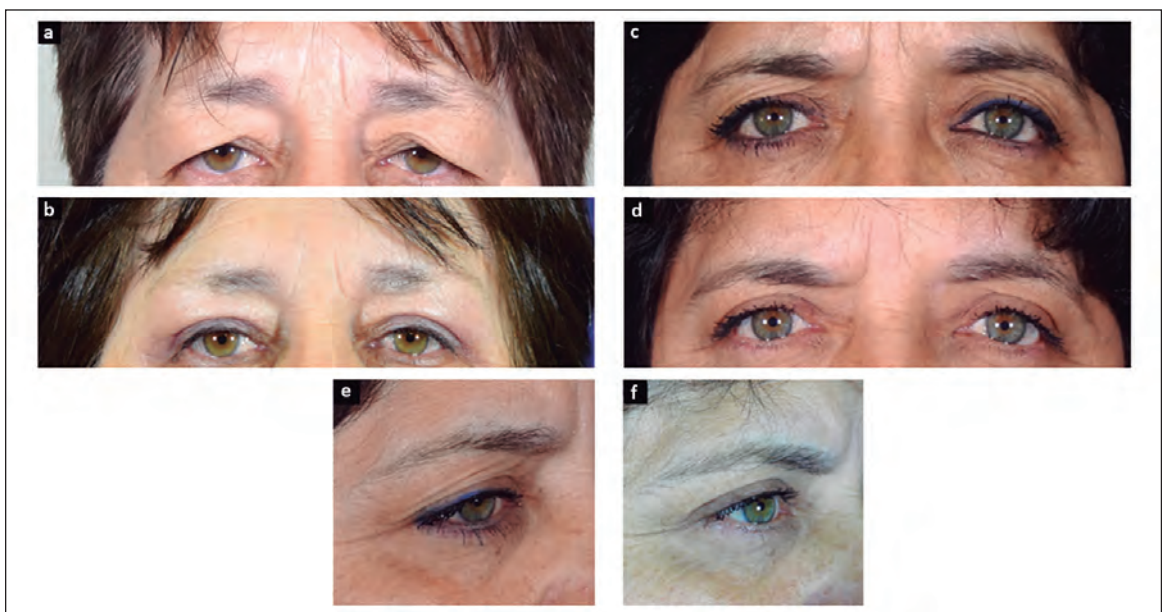


Figura 8. Resultados de pacientes. Paciente 1 con fotografía frontal prequirúrgica (a) y postquirúrgica (b). Paciente 2 con fotografía frontal prequirúrgica (c) y postquirúrgica (d). Paciente 3 con fotografía oblicua prequirúrgica (e) y postquirúrgica (f).

Discusión

La blefaroplastia superior es un procedimiento quirúrgico frecuente cuyos fines son estéticos y funcionales. En la juventud la cara se visualiza como una estructura dinámica que contiene contornos faciales suaves y sombras entre cada rasgo facial. Estos contornos se denominan unidades estéticas faciales. Cada unidad posee características similares de la piel, como el color, grosor, grasa subcutánea, vello, entre otras. Distintos pliegues y crestas brindan bordes bien definidos a cada unidad estética. Las principales unidades estéticas de la cara son la frente, párpados, nariz, mejillas, y mentón. Cada una de estas unidades se puede subdividir en subunidades estéticas faciales¹¹.

El envejecimiento lleva a cambios de la superficie facial que generan alteraciones en sombras, contornos y superficies, generando cambios dentro de una unidad facial y entre unidades estéticas faciales. Corregir y respetar las unidades estéticas es fundamental para lograr resultados óptimos¹¹. Dado que la región periorbitaria es una unidad estética, un mal resultado es mucho más evidente. Es por esto que la técnica quirúrgica ha ido evolucionando a un patrón menos resectivo y más conservador, logrando armonizar y respetar esta unidad estética¹². Distintas técnicas difieren en distintos aspectos, por ejemplo, la resección o no de músculo, respetar o no la grasa, e inclusive utilizar el láser de CO₂ dentro del procedimiento^{13,14}. Los estudios que más han influido en este cambio de postura quirúrgica son los que han indagado en el proceso de envejecimiento de esta área y la anatomía periorbitaria, llevando con ello a mejores resultados estéticos en conjunto con una mayor satisfacción del paciente y cirujano¹⁵⁻¹⁷.

La técnica de blefaroplastia superior con realce de volumen es una técnica conservadora con excelentes resultados estéticos y funcionales. Con esta se evita la resección excesiva e innecesaria de tejidos blandos, eliminando estigmas quirúrgicos no deseados. El objetivo de esta técnica es conservar el músculo orbicular y los tejidos blandos subyacentes para así generar un aumento de volumen en la zona del supratarso, realzando la belleza de la región periorbitaria¹⁶. Las complicaciones asociadas a esta técnica son escasas, siendo

la literatura más diversa respecto a las técnicas quirúrgicas más resectivas, en donde se describen hematomas, equimosis, diplopía y estrabismo por daño a la tróclea o del músculo oblicuo superior¹⁸⁻²⁰.

Conclusiones

La técnica de blefaroplastia superior con realce de volumen es una técnica efectiva y simple de realizar, con resultados satisfactorios. A la hora de realizar el procedimiento se debe contar con una buena evaluación preoperatoria y un buen plan quirúrgico, siempre respetando y armonizando la unidad estética facial de la región periorbitaria. Esta cirugía puede realizar bajo anestesia local y se puede asociar a otros procedimientos simultáneos.

Bibliografía

1. Rohrich RJ, Coberly DM, Fagien S, Stuzin JM. Current concepts in aesthetic upper blepharoplasty. *Plast Reconstr Surg* 2004;113:32e-42e.
2. López-Otín C, Blasco MA, Partridge L, Serrano M, Kroemer G. The hallmarks of aging. *Cell* 2013;153:1194-1217.
3. Chen W, Qian W, Wu G, et al. Three-dimensional human facial morphologies as robust aging markers. *Cell Res* 2015;25:574-587.
4. Forte AJ, Andrew TW, Colasante C, Persing JA. Perception of Age, Attractiveness, and Tiredness After Isolated and Combined Facial Subunit Aging. *Aesthetic Plast Surg* 2015;39:856-869.
5. Drolet BC, Sullivan PK. Evidence-based medicine: Blepharoplasty. *Plast Reconstr Surg* 2014;133:1195-1205.
6. Hahn S, Holds JB, Couch SM. Upper Lid Blepharoplasty. *Facial Plast Surg Clin North Am* 2016;24:119-127.
7. Zoumalan CI, Roostaeian J. Simplifying Blepharoplasty. *Plast Reconstr Surg* 2016;137:196e-213e.
8. Fagien S. The role of the orbicularis oculi muscle and the eyelid crease in optimizing results in aesthetic upper blepharoplasty: a new look at the surgical treatment of mild upper eyelid fissure and fold asymmetries. *Plast Reconstr Surg* 2010;125:653-666.
9. Fagien S. Advanced rejuvenative upper blepharoplasty: enhancing aesthetics of the upper periorbita. *Plast Reconstr Surg* 2002;110:278-292. Disponible en <https://doi.org/10.1097/00006534-200207000-00047>.

10. Kouba DJ, Tierney E, Mahmoud BH, Woo D. Optimizing closure materials for upper lid blepharoplasty: a randomized, controlled trial. *Dermatol Surg* 2011;37:19-30.
11. Tan SL, Brandt MG, Yeung JC, Doyle PC, Moore CC. The Aesthetic Unit Principle of Facial Aging. *JAMA Facial Plast Surg* 2015;17:33-38.
12. Bellinvia G, Klinger F, Maione L, Bellinvia P. Upper lid blepharoplasty, eyebrow ptosis, and lateral hooding. *Aesthet Surg J* 2013;33:24-30.
13. Minko N. Upper eyelid blepharoplasty with the CO₂ laser. *Klin Monbl Augenheilkd* 2014;231:28-31.
14. Lee JW, Baker SR. Esthetic enhancements in upper blepharoplasty. *Clin Plast Surg* 2013;40:139-146.
15. Pepper JP, Moyer JS. Upper blepharoplasty: the aesthetic ideal. *Clin Plast Surg* 2013;40:133-138.
16. Lieberman DM, Quatela VC. Upper lid blepharoplasty: a current perspective. *Clin Plast Surg* 2013;40:157-165.
17. Weissman JD, Most SP. Upper lid blepharoplasty. *Facial Plast Surg* 2013;29:16-21.
18. Syniuta LA, Goldberg RA, Thacker NM, Rosenbaum AL. Acquired strabismus following cosmetic blepharoplasty. *Plast Reconstr Surg* 2003;111:2053-2059.
19. Galli M. Diplopia following cosmetic surgery. *Am Orthopt J* 2012;62:19-21.
20. Wilhelmi BJ, Mowlavi A, Neumeister MW. Upper blepharoplasty with bony anatomical landmarks to avoid injury to trochlea and superioroblique muscle tendon with fat resection. *Plast Reconstr Surg* 2001;108:2137-2142.