

Artículo Original

Transposición de la grasa infraorbitaria para corregir la deformidad del surco de la lágrima. Descripción de la técnica quirúrgica.

Autores:

- Dr. Luis Montalván
Cirujano de Cabeza, Cuello y Maxilofacial
Médico Estético.
- Dra. Martha Jhusey
Cirujana Plástica
- Percy Soto
Estudiante de Medicina Humana, UNMSM. ADIECS

Correspondencia con el autor:

Luis Montalván
PO BOX 266713
Weston, FL 33326

RESUMEN

Objetivo

Describir la técnica de transposición de las bolsas de grasa.

Métodos

Bajo anestesia local se realiza una incisión subciliar en la piel del párpado. Se levanta un pequeño colgajo de piel a 5mm de la incisión subciliar. Se individualizan las bolsas de grasa. Se crea un bolsillo por debajo de la deformidad del surco de la lágrima. Se reposicionan las bolsas de grasa dentro del bolsillo creado.

Conclusiones

El reposicionamiento de las bolsas de grasa debajo de la deformidad del surco de la lágrima crea un efecto volumétrico cosméticamente agradable.



Diagrama de las bolsas de grasa nasal y medial reposicionadas cubriendo la deformidad del surco de la lágrima.

ABSTRACT

Goal

To describe the lower orbital fat pads repositioning surgical technique.

Methods

Under local anesthesia a subciliary incision, is made. A small flap 5mm bellow the incision is undermined. Orbital fat pads are individualized. A pocket under the tear through deformity is created. Lower orbital fat pad is repositioned within the recently created pocket

Conclusions

Lower orbital fat repositioning under the tear through deformity creates an aesthetically nice volumetric effect.

Introducción

Las bolsas de grasa palpebral inferior pueden pasar por herniación o pseudoherniación. Esta herniación o pseudoherniación se acompaña muchas veces de reabsorción de la grasa que recubre el surco de la lágrima. La suma de estos efectos: aumento de volumen de la bolsa y pérdida de volumen en el surco de la lágrima producen el efecto denominado deformidad del surco de la lágrima [1,2].

Por esta razón, no siempre la resección de las bolsas de grasa resultara en un buen resultado cosmético. Una valoración adecuada del paciente debe considerar estos dos aspectos. Una parte importante de esa valoración es el registro fotográfico digital. La fotografía digital puede fácilmente mostrar detalles que a simple vista no se observan [1,2].

Diversas técnicas para corregir la deformidad del surco de la lágrima han sido desarrolladas. Entre ellas podemos mencionar la colocación de rellenos de ácido hialurónico no siempre con un resultado muy feliz por la facilidad del desarrollo de granulomas visibles debido a la extrema delgadez de la piel en esa zona. La inyección de grasa autóloga ha tenido mejores resultados pero por la extensión del tema no es objeto de discusión en el presente artículo.



Marcación pre-operatoria en donde se observan los músculos corrugadores a ser parcialmente resecado, la piel de los párpados superiores a ser resecada, y la deformidad del surco de la lágrima a ser tratada.

Quirúrgicamente, el restablecimiento volumétrico del surco de la lágrima puede realizarse reposicionando las bolsas de grasa nasal y medial por un bolsillo creado debajo de la deformidad del surco de la lágrima para lograr un reposicionamiento volumétrico. Esta corrección es relativamente sencilla de realizar como parte de una blefaroplastia inferior ambulatoria con anestesia

sia local o de sedación. Su realización permite lograr un resultado cosmético natural y agradable.

Es importante mencionar que al evitar reseca la bolsa y preferir su reposicionamiento se evita la secuela de "ojo hundido" ("sunken eye" en inglés) vista con cierta frecuencia meses después de la resección tradicional de las bolsas de grasa [3,4,5,6,7,8,9,10,11,12].

Evaluación Clínica

Se valoraron la piel del parpado superior e inferior, la deformidad del surco de la lágrima, el grado de reabsorción de la grasa periorbitaria, la pseudoherniación de las bolsas de grasa y la laxitud del músculo orbicularis oculi.

Preparación del paciente

Antibioticoterapia profiláctica, Árnica pre y post operatoria, antiácidos y Alprazolam por vía oral.

Marcación Pre-operatoria

Se traza una línea en el trayecto del surco de la lágrima y una línea en el canto externo a nivel de una de las arrugas de las "patas de gallo". Se realiza la maniobra de leve compresión del globo ocular para visualizar las bolsas de grasa orbitaria nasal y medial. Se procede a marcar dichas bolsas.

Anestesia

Para la presente serie de casos usamos exclusivamente anestesia local: 15ml de Lidocaína, 0,4 ml de Epinefrina, 5ml de Bicarbonato de Sodio al 8,4% diluidas en 40 ml de Cloruro de Sodio 0.9% en una jeringa de 60ml. Esta dilución anestésica se aplicó con una jeringa de 3ml y una aguja 30G.

Procedimiento Quirúrgico

Se realizó una incisión con una hoja No 15 a nivel del canto externo del ojo camuflándola en una de las líneas de las "patas de gallo" de aproximadamente 1cm a 1,5cm de longitud. Se disecó el plano entre la piel y el músculo orbicularis oculi. Se levanta el colgajo de piel. Se realiza una miotomía en el orbicularis oculi con un cauterio de



Vista trans-operatoria del bolsillo creado debajo de la deformidad del surco de la lágrima señalado por una pinza de Adson

darles forma de lámina. Se fijan las bolsas nasal y medial al periostio del reborde orbitario inferior con Monocryl™ 6/0 creando una continuidad y eliminando el efecto "en grada" propio de la deformidad del surco de la lagrima. La bolsa externa puede resecaarse y colocarse como un injerto de grasa libre en la zona de la deformidad del surco de la lágrima fijándola con Monocryl 6/0. En caso necesario se realiza una cantopexia con Monocryl 5/0™. La incisión de la piel se cierra con Prolene 6/0™ subcuticular con dos puntos simples laterales en el canto externo que incluyan piel, musculo y periostio.

Cuidado Post-operatorio

Compresas con hielo las primeras 72 horas y compresas tibias los siguientes días. Se indican lavados con agua de manzanilla tibias y la aplicación de bolsas de manzanilla en la zona operatoria ayuda a mejorar la inflamación.

Se prescribieron Antibióticos, Árnica, Probióticos y antiácidos por vía oral.

Conclusiones

La deformidad del surco de la lágrima es un problema volumétrico que debe corregirse aumentando el volumen en dicha depresión. El reposicionamiento de las bolsas de grasa es una opción natural, simple y segura para lograr este objetivo. El dominio de esta técnica depende de los detalles de la misma.

punta Colorado a 5mm por debajo de la incisión de la piel. Se aplicó Oxymetazolina tópica para producir vasoconstricción. Se continúa la disección hasta llegar al reborde orbitario inferior y se procede a hacer un pequeño bolsillo en la porción nasal. Evitar alargar demasiado esta incisión en sentido nasal por el peligro de denervación o neurotización. Para evitar esta denervación es importante respetar el ramo nasal del plexo nervioso buco-zygo-orbicular. Se identifican las bolsas nasal y medial y se las individualiza.

Se tallan las bolsas hasta



Vistas anteriores de antes y después donde se observa el efecto cosmético debido al mejoramiento de la deformidad del surco de la lágrima.

Perlas Quirúrgicas

1. Una valoración fotográfica complementaria es importante. La fotografía muestra detalles que a simple vista pueden pasar fácilmente desapercibidos.
2. El restablecer la continuidad del reborde orbitario inferior nasal produce un mejor resul

tado cosmético que la simple resección de las bolsas de grasa que puede producir el "ojo hundido".

3. Preferir Monocryl™ al Vicryl™ por su menor reacción de granulación.
4. El Arnica evita los efectos gastrointestinales propios de los AINES y los probióticos post-operatorios ayudan al restablecimiento de la flora intestinal afectada por el uso de antibióticos.

Obstáculos a Vencer

1. Se puede evitar la quemadura excesiva con el uso de un cauterio de punta Colorado™ para la miotomía y de Oxymetazolina para la hemostasia.
2. Evitar alargar la miotomía en dirección nasal para preservar el ramo nasal del plexo buco-zygo-orbicular y evitar la denervación del orbicularis oculi.

Bibliografía

1. Goldberg RA, Relan A, Hoenig J. Relationship of the eye to the bony orbit, with clinical correlations. *Aust N Z J Ophthalmol.* 1999 Dec;27(6):398-403.
2. Stutman RL, Codner MA. Tear trough deformity: review of anatomy and treatment options. *Aesthet Surg J.* 2012 May;32(4):426-40. Review.
3. Liao SL, Wei YH. Fat repositioning via supraperiosteal dissection with internal fixation for tear trough deformity in an Asian population. *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol.* 2011 Nov;249(11):1735-41. Epub 2011 Aug 19.
4. Rousso DE, Brys AK. Extended lower eyelid skin muscle

blepharoplasty. *Facial Plast Surg.* 2011 Feb;27(1):67-76. Epub 2011 Jan 18.

5. Espinoza GM, Holds JB. Evaluation and treatment of the tear trough deformity in lower blepharoplasty. *Semin Plast Surg.* 2007 Feb;21(1):57-64.
6. Hidalgo DA. An integrated approach to lower blepharoplasty. *Plast Reconstr Surg.* 2011 Jan;127(1):386-95.
7. Carraway JH. Volume correction for nasojugal groove with blepharoplasty. *Aesthet Surg J.* 2010 Jan;30(1):101-9.
8. Momosawa A, Kurita M, Ozaki M, Miyamoto S, Kurachi I, Watanabe R, Harii K. Transconjunctival orbital fat repositioning for tear trough deformity in young Asians. *Aesthet Surg J.* 2008 May-Jun;28(3):265-71.
9. Nassif PS. Lower blepharoplasty: transconjunctival fat repositioning. *Otolaryngol Clin North Am.* 2007 Apr;40(2):381-90.
10. Nassif PS. Evolution in techniques for endoscopic brow lift with deep temporal fixation only and lower blepharoplasty-transconjunctival fat repositioning. *Facial Plast Surg.* 2007 Feb;23(1):27-42; discussion 43-4.
11. Mohadjer Y, Holds JB. Cosmetic lower eyelid blepharoplasty with fat repositioning via intra-SOOF dissection: surgical technique and initial outcomes. *Ophthalm Plast Reconstr Surg.* 2006 Nov-Dec;22(6):409-13.
12. Goldberg RA. Transconjunctival orbital fat repositioning: transposition of orbital fat pedicles into a subperiosteal pocket. *Plast Reconstr Surg.* 2000 Feb;105(2):743-8; discussion 749-51

ANALES

DE CIRUGIA DE CABEZA, CUELLO
Y MAXILO FACIAL

Al servicio de la enseñanza, la investigación,
el desarrollo y la difusión de la especialidad.

Tópicos selectos en:

- Cirugía cráneo maxilofacial.
- Cirugía oncológica de cabeza y cuello.
- Cirugía estética y reconstructiva cervicofacial.
- Cirugía de cuello (laringe, tráquea, esófago y grandes vasos).

Tiraje: 1000 ejemplares

Suscripción Gratuita

Cobertura

Distribución directa a los médicos especialistas de la Sociedad y del Colegio Médico del Perú a Nivel Nacional

ORGANO OFICIAL DE LA SOCIEDAD PERUANA
DE CIRUGIA DE CABEZA, CUELLO Y MAXILO FACIAL

Revista publicada desde 1998