

“ORBITOPLASTIA MARGINAL COSMETICA”

Dr. Antonio Fuerte del Campo, F.A.C.S.*
Dr. Franco Longato**

RESUMEN

Se informa un procedimiento para mejorar la apariencia del área periorbital, dándole nueva forma al anillo supraorbital. El procedimiento otorga excelentes resultados asociado a una blefaroplastia o a una plastia frontal.

SUMMARY

We present a procedure to improve the appearance of the periorbital area, reshaping the supraorbital rim. It produces excellent results associated with a blepharoplasty or with a forehead lift.

INTRODUCCION

Es frecuente encontrarse con pacientes que presentan importante prominencia de la mitad externa externa de los párpados superiores, que les ensombrece la región orbitaria proporcionándoles una expresión de tristeza y agotamiento. Algunos de ellos son jóvenes y este factor es de origen hereditario, pero la mayoría son personas mayores de los 40 años de edad (Fig. 1).

Diversos autores han insistido en la necesidad de eliminar la bolsa adiposa palpebral superior externa, para corregir esta situación.

Otros lo atribuyen a herniación de la glándula lacrimal y proponen su resección parcial o su reubicación en una posición más alta dentro de la cavidad orbitaria (1,2).

Aunque éste procedimiento logra cierta mejoría, en la mayoría de los casos resulta insuficiente debido a que esta prominencia es fundamentalmente ósea.

Con el paso del tiempo se produce reabsorción de los depósitos faciales de grasa al igual que de los cojinetes grasos periorbitarios, los que además se hernian a través del septum orbitale haciendose superficiales y visibles. Esto

* Jefe de la Clínica de Cirugía Craneo-maxilofacial, de la División de Cirugía Plástica y Reconstructiva del Hospital General del Sur “Dr. Manuel Gea González”, S.S.A. Miembro Activo de la Asociación Médica del Hospital. A.B.C.

** Médico, cirujano plástico de la División de Cirugía Plástica y Reconstructiva del Hospital Civil de Udine, Italia.

produce una desproporción en la relación que normalmente existe entre el volumen ocular y la capacidad orbitaria, dando como resultado una región orbitaria de aspecto "cada vérico", con globos oculares situados más profundamante y rebordes orbitarios prominentes.

En aquellos casos en que efectuamos una ritidectomía frontal por vía coronal para eliminar las arrugas de la frente y elevar las cejas, la mencionada proyección del reborde supraorbitario se

hace aún más evidente. Ante la dificultad técnica de llevar el globo ocular hacia adelante rellenando nuevamente la porción posterior de la orbita, consideramos que la corrección debe encaminarse a rebajar el reborde orbitario, estableciendo una mejor proporción entre la proyección de este y la del ojo, al mismo tiempo que se reducen las sombras locales.

Anteriormente Lintilhac (3) y Lassus (4), describieron procedimientos semejantes, efectuados mediante abordaje loca.



FIGURA 1. Pacientes de 35 (A) y 73 (B) años de edad sin prominencia de los depósitos palpebrales de grasa y con gran proyección del reborde orbitario, superexterno.

MATERIAL

En los últimos seis años hemos efectuado este procedimiento en 227 casos. En 19 de ellos en forma aislado o

asociado a algún otro procedimiento como la rinoplastía. En 45 casos asociado con blefaroplastía de prepados superiores y en 163 asociado con ritidectomía frontal.

PROCEDIMIENTO

La vía de abordaje es coronal cuando se asocia el procedimiento a una ritidectomía frontal y transpalpebral en los otros casos.

Vía coronal: A través de una incisión coronal convencional (va del polo superior de un pabellón auricular al polo superior del pabellón auricular contralateral, pasado 5 cm. por atrás de la línea de implantación del cabello, se efectúa la disección a nivel supraperiostico, llevando el colgajo frontal hacia adelante hasta descubrir los rebordes supraorbitarios. Se incide el periostio 1 1/2 cm. por arriba del reborde supraorbitario y se legra hacia abajo descubriendo toda el área que debe ser rebajada (Fig. 2). Para rebajar el hueso empleamos una fresa (buril) de alta velocidad, o un cincel de 7 mm. de ancho,

redondeando posteriormente su superficie con una raspa (lima) nasal convencional. Regresamos el periostio desplazado hacia su sitio original, para continuar con la ritidectomía frontal en forma habitual (5, 6, 7, 8).

Vía transconjuntival: Se hace la incisión en el pliegue supratarsal, pudiendo reseca piel y/o músculo orbicular en el caso de que se se asocie este procedimiento a una blefaroplastia (9, 10, 11) (Fig. 3).

Se disecciona entre el músculo orbicular y el músculo elevador del párpado hasta al reborde orbitario. Se incide el periostio y se legra hacia arriba descubriendo el hueso del área que desamos rebajar. Una vez remodelado el reborde orbitario en la forma anteriormente descrita, regresamos el periostio a su sitio original y se sutura la piel.

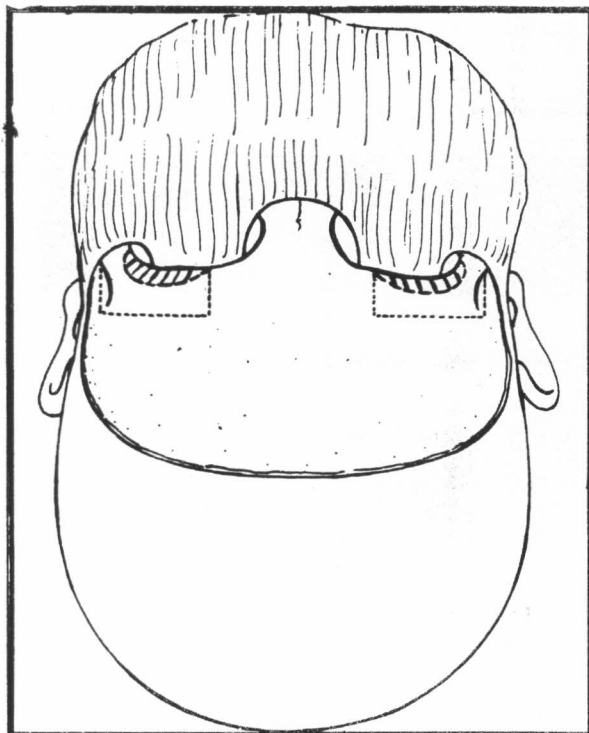


FIGURA 2. A través de una incisión coronal, se levanta el colgajo fronto facial, se legra el periostio del reborde orbitario y se marca la cantidad de hueso que se planea rebaja (área ranurada).

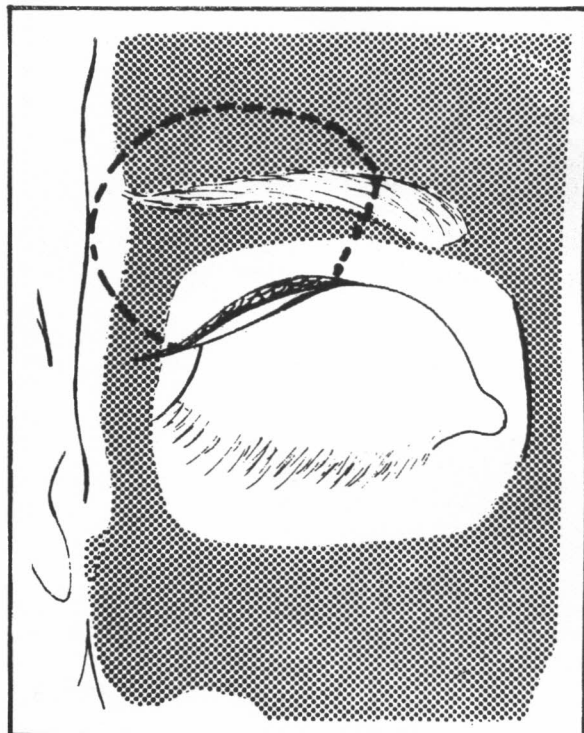


FIGURA 3. Incisión para abordaje transpalpebral. La línea punteada delimita el área de disección y desperiostización.

Con frecuencia no solo reducimos la proyección del reborde orbitario, sino que también ampliamos el diámetro de la orbita prolongando el desgaste lo hacemos en el 1/3 externo del reborde superior de la orbita y muy particularmente en su ángulo superoexterno, por lo que en ningún momento se corre el riesgo de lesionar el nervio supraorbitario o de abrir los senos frontales. En esta zona la cortical del hueso es muy gruesa por lo que el sangrado es practicamente nulo descartando la posibilidad de un hematoma.

RESULTADOS

El desgaste del ángulo superoexterno y del borde superior de la orbita despeja el área orbitaria eliminando las sombras y la proyección exagerada del tercio externo del parpado superior produciendo un aspecto más fresco y juvenil. Asociado a una ritidectomia frontal produce excelentes resultados. (Fig. 4, 5, 6, 7).

Es un procedimiento sencillo, rápido y sin complicaciones. Como complemento en la cirugía cosmética de la cara es una excelente opción que tiene indicaciones específicas.

FIGURA 5.- Aspecto pre (A) y postoperatorio (B) de una paciente de 46 años de edad a la que efectuamos ritidectomia frontal y facial, blefaroplastia y orbitoplastia marginal (vía coronal).

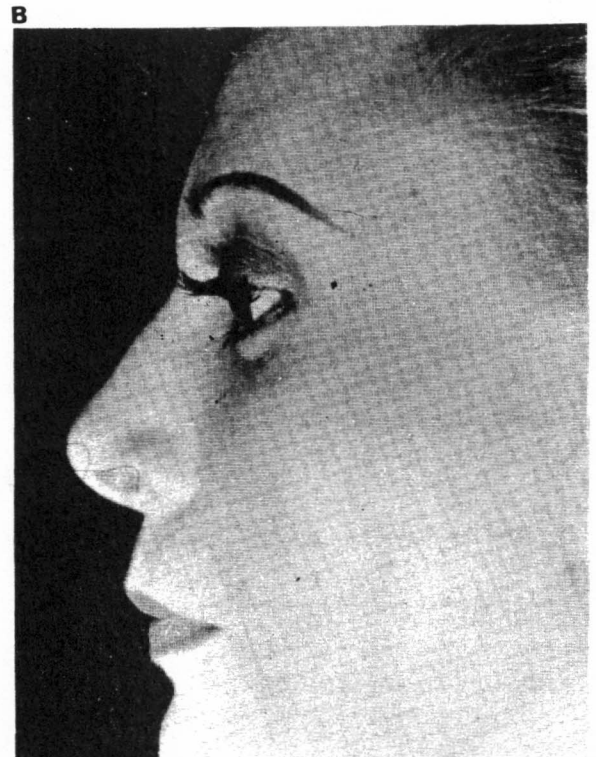


FIGURA 4.- Paciente de 34 años de edad a la que efectuamos blefaroplastia con fijación palpebral suparatarsal y orbitoplastia marginal por vía transpalpebral. A y B) Aspecto pre-operatorio. C y D) Resultado post-operatorio.



FIGURA 6.- Aspecto pre (A y B) y postoperatorio (C y D) de una paciente de 47 años de edad a la que efectuamos ritidectomía frontal y facial, obitoplastía marginal y blefaroplastía.

A



B



C



D

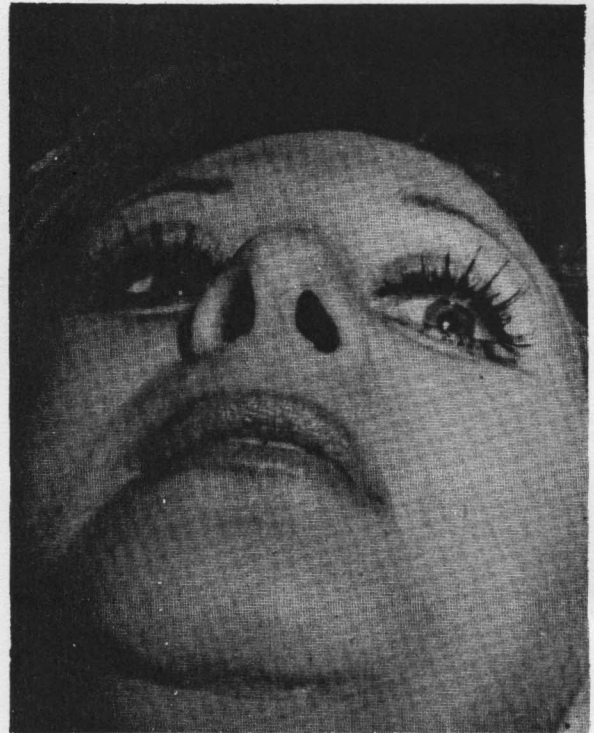
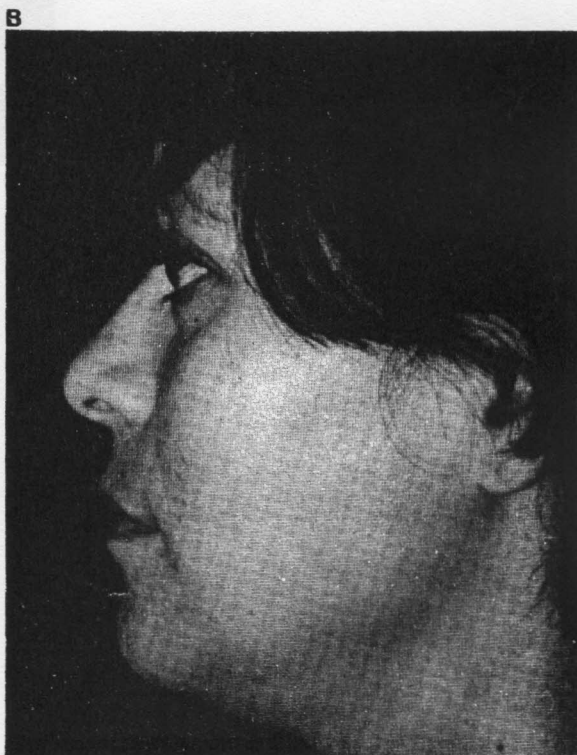


FIGURA 7.- Paciente de 38 años de edad a la que efectuamos ritidectomía frontal y facial, blefaroplastia, orbitoplastia (vía coronal) y rinoplastia. A y B) Aspecto preoperatorio. C y D) Resultado postoperatorio.



BIBLIOGRAFIA

1. Castañares, S.: Eyelid plastic. In the Unfavorable Result in Plastic Surgery: Avoidance and treatment. Edited by R.M. Goldwyn, chapter 18. Little, Brown & Co. Boston, 1972.
2. Horton, Ch. E.; Carraway, J.H.; Potenza, A.D.: Treatment of a lacrimal bulge in blepharoplasty by repositioning the gland. *Plast. and Reconstr. Surg.* 61:701, 1978.
3. Lintilhac, J.P.: Reduccion de la arcada supraorbitaria. Nueva operación estética. *Cir. Estética*, 1:9, 1976.
4. Lassus, C.: Ostectomy of superior orbital rim in cosmetic blepharoplasty. *Plast. and Reconstr. Surg.* 63:481, 1979.
5. Castañares, S.: Forehead wrinkles, labellar frown and ptosis of the eyebrow. *Plast. and Reconstr. Surg.* 34: 406, 1964.
6. Ortiz-Monasterio, F.; Barrera, G.; Olmedo, A.: The coronal incision in rhytidectomy. The brow lift. *Clin. Plast. Surg.* 5:167, 1978.
7. Viñas, J.C.; Caviglia, C.; Cortiñas, J.L.: Ferehead rhytidoplasty and brow lifting. *Plast. Reconstr. Surg.* 57:445, 1976.
8. Kaye, B.L.: forehead lift. *Plast. and Reconstr. Surg.* 60:161, 1977.
9. Sheen, J.H.: Supratarsal fixation in upper blepharoplasty. *Plast. and Reconstr. Surg.* 54:424, 1974.
10. Baker, T.J.; Gordon, H.L.; Mosienko, P.: Upper lid blepharoplasty. *Plast. and Reconstr. Surg.* 60:692, 1977.
11. Rees, T. D.; Wood-Smith, D.: *Cosmetic facial surgery*, Philadelphia, W.B. Saunders, Co. 1973.