

Cirugía Plástica  
Ibero-Latinoamericana

Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana

ISSN: 0376-7892

[ciplaslatin@gmail.com](mailto:ciplaslatin@gmail.com)

Sociedad Española de Cirugía Plástica,  
Reparadora y Estética  
España

Mole, B.; Claveria, G.

Rejuvenecimiento frontal. Tríptico de tratamiento: cirugía endoscópica, peeling, toxina  
botulínica

Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana, vol. 31, núm. 2, abril-junio, 2005, pp. 127-135

Sociedad Española de Cirugía Plástica, Reparadora y Estética  
Madrid, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=365540785006>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en [redalyc.org](http://redalyc.org)

[redalyc.org](http://redalyc.org)

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

# Rejuvenecimiento frontal. Tríptico de tratamiento: cirugía endoscópica, peeling, toxina botulínica

## The triple association endoscopy –peeling– botulinum toxin in forehead rejuvenation



Mole, B.

Mole, B.\*, Claveria, G.\*

### Resumen

La combinación de una técnica tradicional de rejuvenecimiento (Peeling de tricloroacético o fenol) junto con dos recientes avances técnicos (endoscopia y toxina botulínica) puede realzar los resultados del rejuvenecimiento facial de una forma más natural. Los malos resultados de algunos de nuestros primeros casos en una serie de 70 cirugías consecutivas sobre el área frontal pueden atribuirse seguramente a la debilidad de la suspensión hecha con suturas percutáneas. Resolvimos este punto desde 1998 mediante el uso sistemático de suspensiones transóseas. El éxito creciente de la Toxina Botulínica explica el notorio descenso de la cirugía endoscópica. Este tipo de procedimientos se usan actualmente para corregir ptosis frontales significativas que requieran una elevación de no más de 1,5 cm., intentando evitar los resultados poco naturales que vemos en muchas publicaciones; también se pueden obtener beneficios con el abordaje transpalpebral sin usar endoscopia. Hoy en día la blefaroplastia superior se lleva a cabo sistemáticamente en la mayoría de los casos para obtener resultados más naturales. El uso de peelings suaves y de inyecciones de Toxina Botulínica puede contribuir a mantener estos resultados de una forma sencilla.

**Palabras clave** Endoscopia frontal. Peeling.  
Toxina Botulínica.  
**Código numérico** 260-267-266

### Abstract

The combining of a traditional resurfacing technique with 2 recent technological advances (endoscopic forehead plasty, Botulinum Toxin) may enhance the forehead rejuvenation in a more natural way. The disappointing results of some of our earlier results on a serie of 70 consecutive foreheadplasties can probably be attributed to the weakness of the suspension through percutaneous sutures. This has been remedied since 1998 by the systematic use of transosseous suspensions. The growing success of Botulinum Toxin explains the noticeable decrease of endoscopic surgery. This type of procedure is now used to correct significant frontal ptosis requiring an uplifting of no more than 1,5 cm., thereby avoiding the unnatural results encountered in many publications; some benefits can be obtained by the way of a transpalpebral approach without using the endoscope. Nowadays upper blepharoplasties are almost systematically done in the majority of our cases in order to obtain the most natural result. Light peels and Botulinum Toxin injections can maintain this result relatively easily.

**Key words** Forehead endoscopy. Peeling.  
Botulinum Toxin.  
**Código numérico** 260-267-266

## Introducción

Cada vez con más frecuencia los pacientes acuden a consulta solicitando un rejuvenecimiento facial; existe una población activa cada vez más joven y exigente confrontada a las altas exigencias socio-profesionales.

Si antes la intervención para rejuvenecimiento facial era practicada "por la vida" a una edad avanzada, hoy la esperanza es la de proponer una técnica eficaz, que permita obtener resultados satisfactorios durante algunos años, antes de pasar finalmente a una nueva etapa quirúrgica más decisiva, que conlleva a su vez secuelas cicatriciales y que puede ser de repetición problemática.

Entre las numerosas propuestas terapéuticas posibles, hemos seleccionado aquellas que nos parecen proporcionar el mejor equilibrio entre los resultados buscados y las posibles complicaciones. La importancia de estas últimas constituye un elemento determinante en la elección de la técnica a proponer a estos pacientes pertenecientes a una población activa por definición.

Estas técnicas fueron seleccionadas teniendo en cuenta los tres componentes tegumentarios comprometidos en el proceso del envejecimiento:

- La contracción muscular
- La ptosis y sus marcas residuales
- El deterioro de la superficie cutánea (alteraciones pigmentarias, arrugas, etc.)

Claro está que todas estas técnicas pueden asociarse entre sí y a su vez son altamente recomendables dentro de las medidas existentes a nuestra disposición para mantener a largo plazo el resultado final obtenido.

## Material y método

### ¿Por qué la Endoscopia?

Tras su introducción como técnica quirúrgica de uso frecuente en 1995 (1,2) no hemos vuelto a reali-

zar nuevamente la vía coronal (con la excepción de un caso que presentaba una implantación capilar anterior muy baja que justificaba su indicación junto con una petición expresa de una solución por parte de la paciente). A su vez consideramos la vía coronal, particularmente nociva, debido a la presencia de alopecia residual y de una insensibilidad posterior temporal inherente a la misma vía. Se ha demostrado extensamente que con la técnica endoscópica podemos obtener los mismos resultados (3) sólo teniendo en cuenta como condición que la ptosis no se limite al plano muscular frontal (tensión necesaria inferior o igual a 1,5 cm en su parte mediana (4) y que se emplee una técnica rigurosa en la fijación.

Este último punto parece importante y explica sin duda las decepciones conocidas por aquellos de nuestros colegas que manifiestan ciertas reservas en relación con la técnica endoscópica, considerando que, de todas maneras, pueden conseguirse resultados duraderos mediante fijaciones transitorias a través de un procedimiento de fijación- pliegue del cuero cabelludo (Fig 1), o por la puesta en tensión con agrafes cutáneos.

La técnica que nosotros practicamos puede considerarse simple; no tenemos una preferencia marcada por un plano de disección supra o sub-perióstico. El plano sub-perióstico puede ser practicado casi completamente sin endoscopio y la vía de abordaje temporolateral profunda nos conduce de forma natural a este plano de disección una vez sobrepasada la cresta temporal; la miotomía nos parece preferible a la miectomía, debido a que ésta última puede producir en aquellos pacientes que presentan una piel fina ciertas depresiones evidentes. Para obtener una suspensión eficaz es necesaria, evidentemente una sección perióstica completa desde una apófisis orbitaria externa a la contralateral.

El interés del endoscopio como instrumento en este momento de la disección es él de permitir la sección



Fig. 1. (A) Mujer de 53 años Preoperatorio. (B) Suspensión endoscópica mantenida por pliegue transitorio del cuero cabelludo sin blefaroplastia superior.



Fig. 2. Pre y postoperatorio a los 7 años de suspensión endoscópica mantenida por fijación transoseosa.

péριοstica de una manera controlada, y a su vez, permitir también un buen control de la hemostasia directa del procedimiento. La fijación se asegura sistemá-



Fig. 3. Perforador cortical, vista intraoperatoria.

ticamente mediante suspensión a través de un canal cortical externo dentro del cual se pasan 1 ó 2 puntos de cada lado con material de sutura de reabsorción lenta (PDS 3/0 Ethnor® France) (Fig 2). Estos puntos presentan un sentido de tracción divergente de aproximadamente 30°.

En nuestra revisión encontramos un cierto número de casos en los que fue evidente la degradación de los buenos resultados obtenidos inicialmente, y en los que empleamos artificios de fijación temporal, esencialmente el pliegue del cuero cabelludo; además es necesario a su vez remarcar que secundariamente a este pliegue la sensación de irregularidad cutánea es desagradable para el paciente y puede producir alopecias transitorias.

Los resultados de la experimentación animal muestran que es necesario un periodo de 6 a 12 semanas como media para obtener una fijación péριοstica sólida (5-7) y nos parece que la fijación transcortical es el medio mas simple, menos costoso y más eficaz para obtener el fin deseado. Aunque ciertas técnicas de fijación parecen presentar a su vez buenos resultados en manos de otros autores, nosotros no poseemos experiencia en la utilización de tornillos réabsorbibles (6,7) ni con la aplicación del pegamento biológico (8).

El gesto de perforación cortical es simple y fácilmente controlable, pero nosotros utilizamos para ganar tiempo un "perforador cortical" (Pouret®) (Fig 3) Este perforador cortical está compuesto de una placa de acero en la cual existen dos orificios divergentes a 45° dispuestos de tal manera que el punto de encuentro virtual de la prolongación de los orificios se sitúa a 3 mm de profundidad, o sea, a una distancia razonable de la cortical interna; un mandril fijo permite a la vez inmovilizar el perforador tras haber realizado el primer orificio, sirviendo como freno a la mecha o a la fresa para realizar el segundo orificio.



Fig. 4. (A) Mujer de 55 años. (B) Suspensión endoscópica mantenida por fijación transoseosa y blefaroplastia superior al 9° mes postoperatorio.

Finalmente para todos aquellos que han conocido las dificultades y la pérdida de tiempo que implica intentar recuperar la sutura de suspensión al final del canal cortical, sugerimos la utilización de un abocath 18 G, que pasado por una de las extremidades del canal cortical, permite recuperar fácilmente el hilo de sutura.

No concedemos mucha importancia a los diferentes cálculos que miden con anticipación la magnitud de la suspensión frontal; estimamos que la simple posición que adquiere por su propio peso el colgajo frontal después de su liberación de sus conexiones profundas es una buena posición, y que debe ser fijado "in situ" sin exageraciones. Dejamos sistemáticamente un tubo de drenaje la primera noche, lo que permite además reducir todo espacio muerto producto de la disección. No es necesario, en nuestra experiencia, un vendaje compresivo.

La blefaroplastia superior, cuando está asociada a la técnica frontal (en un gran número de casos actualmente) nos permite controlar directamente la miotomía mediana, y a su vez controlar la disección frontal, que puede hacerse por esta vía y completarse por vía

témporo-parietal. Este gesto nos permite sobre todo tratar si es necesario el excedente cutáneo superoexterno del párpado superior y obtener un resultado más natural, que con la técnica de suspensión frontal sola (Fig 4).

#### ¿Por qué el peeling y que tipo de peeling?

Si el "resurfacing" con CO2 láser parece una técnica extremadamente eficaz sobre la frente, su carácter agresivo sobre una piel disecada no es fácilmente controlable. Agregando a esto la alta frecuencia de presentación de eritema prolongado, pensamos que los riesgos acumulados son bastante importantes para ser cautelosos con su indicación.

El peeling en nuestras manos nos permite obtener rápidamente una épidermolisis homogénea, siempre insistiendo sobre las alteraciones pigmentarias presentes en la frente en este grupo de mujeres de edad avanzada. Utilizamos exclusivamente durante muchos años, Acido Tricloroacético (ATC) a una concentración de 35 a 40 % a fin de obtener un estado 30-



Fig. 5. (A) Mujer de 71 años. (B) Resultado a los 3 años de intervención endoscópica, blefaroplastia superior e inferior bilateral, lifting y peeling ATC.



Fig. 6. (A) Mujer de 61 años. (B) Resultado a los 11 meses de blefaroplastia superior e inferior, lifting, lipofilling y peeling fenol atenuado según Hetter.

3 o 40-1 según la clasificación Obagi (Fig. 5). El agregado de «factores» bastantes misteriosos, como el azul de Metileno (útil únicamente en el caso de practicantes no advertidos sobre el cambio sutil colorimétrico obtenido en profundidad con el peeling), nos parece, según nuestra serie, no relevante. La aplicación de ATC en estado de quelación (Mene et Moy) permite una aplicación más homogénea. La solución se presenta en forma de «barro líquido», fácilmente aplicable con pincel; esta solución presenta a su vez una acción muy progresiva que se adapta muy bien a las necesidades de aquellos profesionales debutantes y a los de mayor experiencia, minimizando el aspecto en mosaico presente en la yuxtaposición de diferentes zonas con diferentes profundidades de acción, presente en casi todo los peelings profundos.

Después de tres años, hemos optado en algunos de nuestros casos por diferentes tipos de peelings, como

la fórmula de fenol atenuado según Hetter(9) preparado a diferentes concentraciones según la zona a tratar; pudiera parecer claramente establecido que la diferencia de concentración de aceite de croton presente en la preparación marcaría la diferencia con respecto a su eficacia. El aspecto « blanquecino » característico tras su aplicación se obtiene rápidamente, pero presenta como complicación que esta emulsión debe agitarse permanentemente, ya que una alteración en la misma puede dar resultados poco homogéneos (Fig. 6). La preparación cutánea, preconizada durante largo tiempo, hoy parecería estar menos de moda..., pero en aquellos pacientes que presentan fototipos 3 y 4 nos parece prudente que se prevea un tratamiento estabilizador de la pigmentación, por lo menos 15 días antes de la intervención, asociado a una ligera descamación inducida por la aplicación de vitamina A ácida, o en su defecto, de una crema a base de ácidos de frutas según



Fig. 7. (A) Mujer de 46 años, único caso de resistencia al tratamiento con toxina botulínica presentado en nuestra serie (3 tentativas a dosis progresivas). (B) Finalmente esta paciente fue tratada por vía endoscópica (lifting frontal).

la tolerancia cutánea. Este mismo tipo de tratamiento debe ser recommenzado 2 a 3 semanas después de la intervención a fin de mantener el resultado obtenido. No empleamos tratamiento antiherpético de forma sistemática, solamente en aquellos casos en que los antecedentes clínicos lo justifiquen (Acyclovir, 800 mg/día tres días antes y cinco días después de la intervención). Preferimos terminar la intervención con el peeling, generalmente cervico-facial (muy superficial sobre el cuello) a fin de obtener un resultado homogéneo. Algunos autores preconizan comenzar la intervención con el peeling lo que permite controlar los resultados y completarlos, si es necesario al final del programa, sobre aquellas zonas donde existen arrugas mas profundas y alteraciones pigmentarias persistentes. No obstante, la manipulación agresiva de la piel frontal, bastante frágil, durante la intervención, puede llevar a presentar signos cutáneos de sufrimiento como eritemas, sangrado dérmico, etc que complican la evolución inmediata, aunque no presentan complicaciones reales a largo plazo (nosotros observamos esta complicación en dos casos).

### ¿Por qué la toxina botulínica?

No es necesario recordar que la introducción de la toxina botulínica en la Cirugía Estética fue realizada por J. Carruthers al comienzo de los años 90; más tarde en Francia por B. Ascher (10) y Le Louarn (11).

Este nuevo procedimiento modificó considerablemente el tratamiento del envejecimiento fronto-orbital; es en efecto el primer tratamiento puramente médico de la mímica y de la contractura muscular; aunque no permite el tratamiento de las arrugas profundas ya presentes, tiene un efecto real sobre las mismas haciéndolas menos evidentes y también impide la formación de nuevos estigmas faciales. Esta terapéutica puede en algunos casos ser un verdadero tratamiento preventivo, sobre todo en aquellos pacientes jóvenes donde una sola sesión puede ser suficiente para eliminar un «tic de contractura» debutante.

Utilizamos en nuestra práctica las dos toxinas A disponibles en el mercado según las concentraciones preconizadas; Vistabel®, (Allergan, 100 unidades por ampolla diluido en 2 cc y repartida en 2 jeringas de 50 unidades cada una), y el Dysport®, (Ipsen, 500 unidades por ampolla diluidas en 2,5 cc fraccionadas en 4 jeringas de 125 Unidades cada una). Para obtener la misma eficacia, son necesarios 3 a 4 unidades Dysport por 1 Unidad de Vistabel.

Si consideramos la eficacia global, ambos productos son similares: la acción del Dysport sería un poco más rápida, pero a lo mejor menos prolongada en el tiempo; el volumen inyectado de Dysport presenta

una difusión importante mas allá de la zona a tratar; es con este producto que nosotros hemos tenido el mayor número de incidentes desagradables. Los debutantes en su uso tendrán, según nuestra experiencia, menos complicaciones con el Vistabel, producto que ya no debe conservarse a temperatura de congelación antes de la utilización, como el Dysport que se conserva a +5°. La nueva formula de Vistabel disponible desde el año pasado, podrá ser conservada igualmente a esta temperatura.

Si tenemos en cuenta todos estos factores la balanza de la relación precio / eficacia obtenida de estos dos productos podría bascular ligeramente en favor del Dysport. Nosotros no tenemos aún ninguna experiencia con la toxina B; hemos visto en cursos de introducción en Francia (Neurobloc®, -Elan Pharma), que podría tener una utilidad real en aquellos casos en que no hay buen resultado con la toxina A (auto-anticuerpos naturales o inducidos (Fig 7).

Agregamos una cantidad pequeña de xylocaina-adrenalina en dilución 1/5, que presenta el doble interés de limitar la difusión del producto y sobre todo marcar los límites de la zona tratada gracias a la vasoconstricción producida. Observando este fenómeno hemos podido darnos cuenta del número importante de veces en que el producto difunde mas allá de la zona infiltrada, sobre todo a nivel orbicular externo. En conocimiento de este efecto, la sabiduría consiste en aplicar muy poca cantidad de producto por punto de inyección así como en tratar de limitar también los puntos tratados (12). A su vez preconizamos tener el cuerpo de la jeringa en la palma de la mano y el pistón de la misma entre la eminencia tenar y hipotenar para poder tener un mejor control de la inyección. Las modalidades de inyección son bien conocidas y detalladas, no entraremos en detalle (10-12).

Dentro de las ideas innovadoras a remarcar consideramos interesante la propuesta de Kestemont (13): obtener una parálisis frontal franca gracias a la aplicación de toxina botulínica, obteniendo lo que llamaremos «mirada de Mefisto» 3 semanas antes de realizar la intervención de suspensión frontal endoscópica (Fig.8), logrando así una persistencia de dicho efecto durante el proceso de adherencia cicatricial. No tenemos aun experiencia con respecto a este punto debido a que consideramos sobre todo la toxina botulínica como un producto coadyuvante en el mantenimiento (8), perfeccionamiento o imposibilidad de una suspensión frontal quirúrgica.

## Discusión

Nos hemos limitado al estudio de 70 casos consecutivos de lifting frontal de tipo endoscópico, con un



Fig. 8. (A) Resultado clásico de un tratamiento frontal con toxina botulínica. (B) El pseudo-mefisto se presenta únicamente en caso de mímica forzada. (C,D) La posición de las cejas no se modifica con la contracción de los corrugadores.

control de por lo menos 18 meses, repartidos en 66 mujeres y 4 hombres; otros 7 casos que no siguieron control, han sido eliminados del estudio.

La intervención se asoció 27 veces a blefaroplastia superior, 27 veces a blefaroplastia inferior, 5 veces a suspensión malar, 34 a lifting cervico-facial, 14 a procedimiento de lipofilling y finalmente 30 veces a un procedimiento de peeling asociado a la intervención quirúrgica.

Sólo en 8 pacientes sobre 70 se practicó solamente un lifting frontal, esencialmente durante los tres primeros años; la observación de un resultado insuficiente a nivel de los párpados superiores nos llevó progresivamente a asociar la blefaroplastia superior de forma casi sistemática.

Desde el punto de vista técnico, la suspensión fue de tipo endoscópico tradicional en 45 casos; por vía lateral sin endoscopia en 8 casos, y por vía palpebral superior sin endoscopia en 14 ocasiones. La fijación se aseguró por suturas reabsorbibles 26 veces y por suspensiones corticales, a partir de 1998, en 44 ocasiones.

La inyección de toxina botulínica, que practicamos desde 1998, fué utilizada como complemento de la intervención en 14 pacientes; pero es necesario aclarar que en aquellos pacientes que presentaban ciertas dudas en relación a la realización de una suspensión

frontal por endoscopia, su aplicación hizo postergar la intervención en un número importante de casos.

En los últimos 7 años hemos notado un descenso en el número de intervenciones frontales, porque si consideramos el porcentaje de veces que hemos realizado este gesto sobre el número total de liftings realizados veremos su disminución progresiva: 42% (1995), 36% (1996), 55% (1997), 31% (1998), 48% (1999), 21% (2000) y 15% (2001), esta última cifra debería ser la media de los años venideros.

La calificación de los resultados en excelentes, buenos, aceptables, malos o insuficientes es extremadamente subjetiva. Nosotros nos ocuparemos de la última categoría, cuantificando la necesidad de un gesto quirúrgico complementario (sea este endoscópico frontal, blefaroplastia, suspensión galeal), o sea, un total de 6 casos (9,3%). Esto no quiere decir que el resto de los resultados deban ser considerados como satisfactorios, pero al menos no solicitaron expresamente un nuevo procedimiento.

Todos los procedimientos complementarios fueron realizados dentro del grupo de casos operados en los primeros tres años, en los cuales no realizábamos ninguna fijación ósea.

No hemos reintervenido ninguno de los casos operados mediante endoscopia, aunque los resultados obte-

nidos nos han hecho a veces lamentar no haberles propuesto a estos pacientes un tratamiento complementario durante los primeros tres meses tras la intervención con toxina botulínica (Fig 8) o de una manera más lógica, inmediatamente antes de la intervención (13).

### Complicaciones

La parálisis de la rama superior del VII par es uno de los riesgos mayores presentes en la cirugía frontal, y la hemos observado frecuentemente, siempre de manera unilateral (10 casos, 7%); el hecho de privilegiar la disección de la cresta temporal a partir de la incisión temporal y la exclusión de toda tensión exagerada producida por los separadores en la región frontal externa, parecían los medios más seguros para reducir este tipo de incidentes; de todas maneras esta parálisis, en nuestra serie, se presentó de manera transitoria y remitió completamente en algunos días o semanas. Un solo caso de parálisis presentó una duración mayor de 3 meses con una progresión posterior a la normalidad (como causa de esta parálisis pensamos en el termo-traumatismo intraoperatorio secundario a hemostasia). Es necesario remarcar que esta paciente había sufrido algunos años antes un procedimiento de lifting temporal y fue tratada durante el periodo de recuperación de esta parálisis con una inyección de toxina botulínica contralateral a fin de permitir una recuperación más confortable.

La alopecia, presente en 3 casos de los 70 pacientes operados fue regresiva, teniendo una relación directa con el mantenimiento de la suspensión por las suturas transcutáneas durante 2 a 3 semanas, y se agravó con posterioridad por un prurito residual que puede perdurar algunas semanas; no hemos observado ningún caso de alopecia en los pacientes en los que se hizo una fijación transcortical.

El peeling ATC sobre los pacientes con fototipo cutáneo claro o mediano puede presentar excepcionalmente riesgos de pigmentación residual a nivel frontal, donde el gesto de aplicación debe ser más agresivo que sobre el resto. Hemos observado un caso de eczematización persistente más allá de 6 meses extendida a la zona parietal, bastante más atrás de la zona correspondiente a la disección; por lo tanto es difícil asociar esta manifestación cutánea al peeling (además esta paciente confirma haber utilizado un importante número de productos: cicatrizantes, hidratantes, automedicados...).

La nueva aparición de pigmentación en zonas donde se encontraba con anterioridad debe interpretarse no como una complicación, sino como una condición local particular que nos lleva a indicar una nueva aplicación del peeling, sin ningún anestésico. En nuestra experiencia no hemos tenido complicacio-

nes con la aplicación del fenol atenuado, pero debemos aclarar que nuestra experiencia es evidentemente muy reciente.

El resurfacing que utiliza técnicas de evaporación láser, o epidermolisis por peeling, es para nosotros un aspecto esencial a tener en cuenta en el tratamiento del envejecimiento frontal. Las dos técnicas son ciertamente eficaces sobre las pequeñas arrugas y las manchas pigmentadas, pero es necesario hacer hincapié en la experiencia del médico que las realiza más que a la técnica en sí misma. En nuestras manos, el peeling es la técnica más rápida de efectuar y tenemos nuestras reservas con respecto a su eficacia inmediata variable de un paciente a otro sobre la zona frontal, región en la cual la aplicación debe ser más agresiva que en otras zonas al igual que en la zona perilabial. En todos los casos el control del paciente al quinto día permite eventualmente completar este peeling de manera ambulatoria si la epidermolisis no ha comenzado todavía.

Los incidentes observados a nivel frontal con la toxina botulínica son excepcionales (no podemos hablar de complicaciones porque siempre fueron regresivos). Estos incidentes se limitaron a una ptosis palpebral unilateral debido a la aplicación de una inyección baja, o a una importante difusión del producto secundaria a un pequeño hematoma. Si bien estos incidentes raros (ptosis, inexpressión, «mirada mefisto», ptosis del arco ciliar externo) pueden hacer disminuir las indicaciones y los efectos benéficos de este tratamiento, son siempre mucho más excepcionales que las alteraciones nerviosas (paresias frontales unilaterales) observadas secundariamente en todas las series estudiadas de cirugía frontal, ciertamente reversibles pero no menos inquietantes también para los pacientes.

La combinación de estas tres técnicas no es jamás sistemática, en un mismo tiempo, pero se complementan perfectamente tanto en la duración como en el mantenimiento mutuo del resultado deseado. El orden de aplicación no responde a un esquema fijo, varían de un paciente a otro en relación a sus expectativas, motivaciones y disponibilidad.

Todas las otras alternativas de tratamientos «dulces» (inyecciones, lipofilling) están a nuestra disposición para responder de una manera general a las aspiraciones de los pacientes considerando, su disponibilidad de tiempo, mínimas repercusiones socioprofesionales, reversibilidad posible, riesgos controlables, eficacia tangible, etc...

### Conclusiones

En la actualidad es totalmente posible mejorar de manera notable, duradera y con un mínimo de riesgo

el area fronto-orbitaria mediante la asociación de una suspensión frontal endoscópica, peeling, y toxina botulínica; esta triple asociación no se realiza evidentemente en el mismo tiempo; a su vez, no es necesario priorizar la intervención quirúrgica en relación a los otros procedimientos que permiten de una manera menos agresiva y más confiable la restauración estética del tercio superior de la cara.

Este tríptico se asocia de manera simple a otras técnicas si es necesario: blefaroplastia superior (muy frecuente), blefaroplastia inferior, lifting cérvicofacial, implantes, lipofilling y otras inyecciones. A través de estas combinaciones se optimizan o mantienen los resultados inicialmente obtenidos y evitamos las molestias socio-profesionales de larga duración que inquietan y no son estimulantes para aquellos candidatos quirúrgicos que son cada vez más jóvenes y desean tratamiento sin perder su actividad.

### Dirección del autor

Dr. Bernard Môle.  
15 Avenue de Tourville, 75007 París (Francia)  
e-mail: bmole@chir-esthetique.com

### Bibliografía

1. **Ramírez O.M:** "Endoscopic Techniques in Facial Rejuvenation: An overview, part I". *Aesth Plast Surg* 1994; 18:141.
2. **Fuente Del Campo A:** "Lifting sous periosté avec Assistance Endoscopique": *Ann Chir Plast Esthét* 1995; 40:2,182.
3. **Dayan S., Perkins S., Vartanian A., Weisman I:** "The Forehead Lift: Endoscopic Versus Coronal Approaches". *Aesth Plast Surg* 2001; 25:35.
4. **Vazconez L., De la Torre J.:** "Fine Tuning the Endoscopic Brow Lift" *Aesth Surg J* 2002; 22:69.
5. **Romo T., Sclafani AP, Yung R:** "Endoscopic Foreheadplasty: Temporary versus Permanent Fixation" *Aesth Plast Surg* 1999;23:388.
6. **Romo T., Sclafani AP., Yung R., Mc Cormick Su.:** "Endoscopic Foreheadplasty: A histologic comparison of periosteal refixation after endoscopic versus bicoronal lift". *Plast Reconstr Surg* 1999; 105:1111
7. **Morello D.:** "Fixation in Endoscopic Forehead Plasty". *Aesth Surg J* 2001, 21,2:181.
8. **Marchac D., Ascherman J., Arnaud E.:** "Fibrin Glue Fixation in Forehead Endoscopy: Evaluation of our experience with 206 Cases", *Plast Reconstr Surg* 1997; 100:704.
9. **Hetter G.:** "An Examination of the Phenol-Croton Oil Peel: Part I. Dissecting the formula", *Plast Reconstr Surg* 2000; 105,1:227.
10. **Ascher B., Klap P., Marion Mh., Chanteloub F:** «La Toxine Botulique dans le traitement des Rides Fronto-Glabellaires et de la Région Orbitaire»: *Ann Chir Plast Esthét* 1995,40,1:67.
11. **Le Louarn C.:** «Toxine Botulique et Rides Faciales: Une nouvelle procédure d'injection» *Ann Chir Plast Esthét* 1998; 43:5:526.
12. **Le Louarn C.:** "Botulinum Toxin A and Facial Lines: The Variable Concentration" *Aesth Plast Surg* 2001, 25:73.
13. **Kestemont P.:** «L'Associaton Lifting Temporal-Toxine Botulique», présenté à l'International Course on Ageing Skin Paris 10-13 Janvier 2002.