



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO**

**INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES PARA LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO
CENTRO MÉDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE"**

**PEXIA CERRADA PARA CORRECCIÓN DE PTOSIS
DE CEJAS**

**TESIS DE POST GRADO
PARA OBTENER EL DIPLOMA EN LA ESPECIALIDAD DE
CIRUGÍA PLÁSTICA Y RECONSTRUCTIVA**

**AUTOR:
DR. JUAN CARLOS LUQUE HERAS**

**ASESOR:
DR. RAMON CUENCA GUERRA**

MÉXICO DF,

ENERO DE 2007



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DIRECTORIO:

DRA. MARCELA GONZALEZ DE COSSIO ORTIZ
SUBDIRECTORA DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION

DR. RAMÓN CUENCA GUERRA
JEFE DEL SERVICIO DE CIRUGÍA PLÁSTICA Y RECONSTRUCTIVA

DR. RAMÓN CUENCA GUERRA
ASESOR DE TESIS

DR. JUAN CARLOS LUQUE HERAS
AUTOR DE TESIS

INDICE

RESUMEN.....	1
INTRODUCCIÓN.....	2
PROBLEMA	3
OBJETIVO.....	4
MATERIAL Y MÉTODOS.....	5
TECNICA QUIRÚRGICA.....	7
RESULTADOS.....	12
CONCLUSIONES.....	13
CASOS CLÍNICOS.....	14
BIBLIOGRAFÍA.....	16

RESUMEN

Objetivo: En este estudio se describirá el análisis y marcaje preoperatorio del paciente así como la técnica utilizada, diferente a las previamente descritas, para la corrección de la ptosis de la ceja, la cual consideramos corrige con adecuada estabilidad y durabilidad este proceso de gravitación del área.

Sede: Hospital de tercer nivel de atención.

Diseño: Estudio retrospectivo, observacional y descriptivo.

Material y Métodos: Se estudiaron a todos los pacientes sometidos a pexia cerrada de cejas que presentaban ptosis de las mismas, en un periodo de 16 años (1990-2006) analizando las variables: edad, sexo, antecedente de pexia de cejas o blefaroplastia previas, características raciales, y evolución a 10 años de postoperatorio.

Resultados: Se operaron 328 pacientes adultos con edades entre 23 y 73 años; de los cuales 92.9 % (n=305) correspondieron al sexo femenino y 7.1 % (n=23) al sexo masculino. 83.5 % (n=275) de los pacientes fueron incluidos en el grupo de pacientes con "ptosis compensada de la ceja"; Hubo buenos resultados a los 3 meses de postoperatorio en el 100% (n=328) de los casos.

Conclusión: La pexia cerrada de cejas ha demostrado ser una técnica eficaz, óptima y con resultados satisfactorios a corto y a largo plazo, siendo una muy buena alternativa para el tratamiento de la ptosis de esta región, o para modificar la posición de las cejas como procedimiento estético en pacientes con alineación insatisfactoria de las mismas.

INTRODUCCIÓN:

Desde hace casi 100 años, la restauración estética de la cara añosa (envejecida) ha incluido la elevación quirúrgica de la posición de la ceja. Los primeros intentos en corregir la ptosis de la ceja fueron insatisfactorios y agresivos, tales como resecciones cutáneas elípticas prepilosas en la frente, incisiones coronales prepilosas y transpilosas, denervación quirúrgica o química, transacción y resección de una tira de músculo, la desinserción aponeurótica de la gálea del reborde orbitario superior¹⁻³³, etc. Flowers enfatizó la importancia de corregir la posición de la ceja y no la resección del exceso de piel palpebral, como el más importante rasgo estético del tercio superior de la cara³⁴. Paul, en 1989, presenta su técnica para pexia de cejas transblefaroplastía³⁵.

En la última década, con el uso de vías de acceso con incisiones mínimas y endoscópicas, la elección de la técnica a utilizar ha cambiado radicalmente. El plano subperióstico para levantamiento frontal con el concepto de “levantamiento en máscara” fue iniciado por Tessier³⁶⁻³⁷ en 1979, con seguidores como Psillakis³⁸, Santana³⁹, Hinderer⁴⁰⁻⁴¹ y Ortiz Monasterio⁴². Vasconez⁴³ e Isse⁴⁴ presentan su experiencia con levantamiento de ceja en plano subperiósticos por vía endoscópica en 1992, y posteriormente Ramírez⁴⁵ en 1995 describe la vía endoscópica técnica en dos planos.

Paul⁴⁶, en 1996 publica su técnica para levantamiento subperiostico de la ceja, por vía transblefaroplastía. Recientemente Hernández-Pérez y Khawaja⁴⁷, proponen lo que ellos llaman la opción Salvadoreña para levantamiento de cejas, mediante una vía de acceso temporal y un anclaje percutáneo con monofilamento guiado “sin incisiones”, en la que suspenden la ceja a la fascia temporal, con buenos resultados.

Nuestra opción de tratamiento con técnica “sin incisiones”, es diferente a todas las descritas previamente y publicadas y es una alternativa segura, eficaz, no requiere de equipo especializado, puede ser realizada con anestesia local, en consultorio y con un bajo costo de realización.

PROBLEMA

En los casos de ptosis de cejas, se utilizan técnicas invasivas, abiertas o endoscópicas para elevar la ceja a una posición más natural y estética, mejorando el aspecto del tercio superior de la cara. La elevación (pexia) de la ceja, disminuye la cantidad de piel descendida sobre el párpado, y es menor la exéresis de esta en un procedimiento de blefaroplastia, cuando ambos procedimientos se realizan en conjunto.

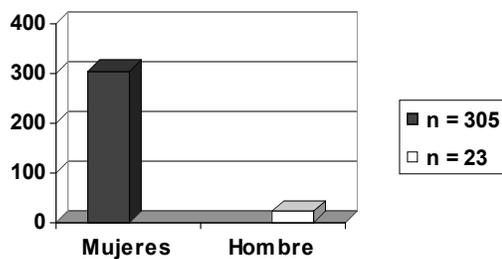
Las técnicas disponibles para el levantamiento de cejas requieren de una vía de acceso invasiva, que aumenta el tiempo quirúrgico y además implican morbilidad de la vía de acceso. Las técnicas endoscópicas demandan de equipo costoso y entrenamiento especializado lo que las hacen poco atractivas para la mayoría de cirujanos. La vía de acceso por blefaroplastia implica el realizar un procedimiento de blefaroplastia superior asociado, obligatorio para poder exponer el plano quirúrgico y realizar el levantamiento de la ceja. Por lo anterior hemos diseñado una técnica sencilla, rápida, reproducible, que no requiere de equipo ni entrenamiento especializado, no es invasiva, y además puede realizarse como procedimiento único, sin necesidad de procedimientos auxiliares, dado que no requiere de la realización de una vía de acceso. La técnica se realiza completamente por vía percutánea, y con ella se logran resultados similares a los obtenidos con otras técnicas establecidas, a corto, mediano y largo plazo, con una gran reducción en el tiempo quirúrgico en comparación con otras técnicas, además de obviar la morbilidad asociada con la creación de una de vía de acceso invasiva.

OBJETIVO

1. Demostrar que con la pexia cerrada de cejas podemos reposicionar estéticamente las cejas, con forma natural, y brindar un resultado duradero, similar a otras técnicas invasivas.
2. Evaluar los resultados de la técnica de pexia cerrada de cejas empleada a largo plazo y la incidencia de complicaciones.

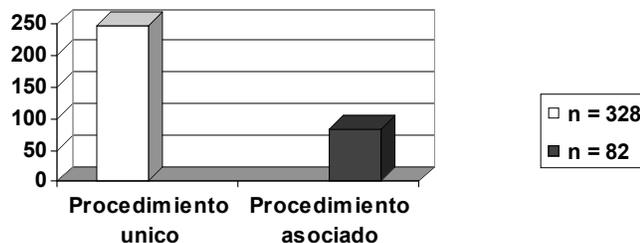
MATERIAL Y MÉTODO

La pexia cerrada de cejas fue realizada en 328 pacientes en el período de tiempo comprendido entre 1990 a 2006, con un rango de edad de 23 a 76 años, de los cuales 92.9% (n=305) fueron de sexo femenino y 7.1% (n=23) del sexo masculino. (Gráfica 1).



Gráfica 1. Distribución de pacientes por sexo

Del total de pacientes, en 25% (n=82) se realizó la pexia de cejas como procedimiento único. En 75% (n=246) de los casos, se realizó la pexia como procedimiento auxiliar, asociada a blefaroplastia y/o ritidoplastia. (Gráfica 2).

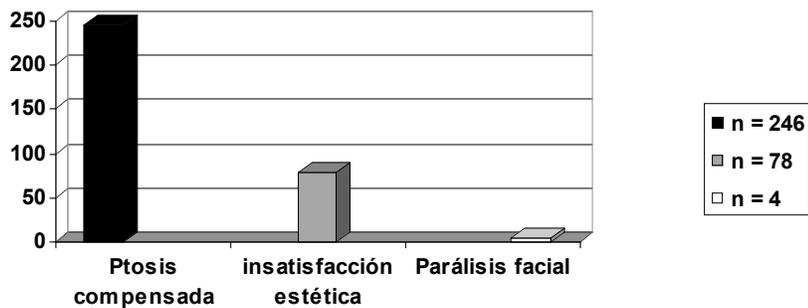


Gráfica 2. Asociación con otros procedimientos

Los diagnósticos que motivaron el levantamiento de la ceja fueron (Fig. 1): ptosis senil o ptosis compensada de la ceja 75% (246 pacientes), insatisfacción estética con la forma adquirida de las cejas 23.8%, (n=78), secuelas de parálisis facial 1.2%, (n=4). (Ver gráfica. 3.)



Figura 1. Causas que motivaron el procedimiento: Insatisfacción estética (superior), ptosis senil (medio), secuelas de parálisis facial (inferior)



Gráfica 3. Causas que motivaron el procedimiento

Técnica Quirúrgica.

El procedimiento se inicia con la marcación del paciente para evitar distorsiones por la distensión que causa el anestésico. La marcación la iniciamos dividiendo la ceja en tercios iguales, el punto futuro de máxima proyección lo ubicamos en la unión del tercio medio con el tercio lateral de la ceja (cola de la ceja), que habitualmente coincide con el punto mas lateral del limbo esclerocorneal (Fig. 2).



Figura 2. Marcación del paciente

El procedimiento se realiza bajo anestesia general o local (es suficiente el bloqueo de nervio supraorbitario, con una mezcla de xilocaina al 1% con epinefrina 1:100,000) con o sin sedación. Para lograr una mejor vasoconstricción infiltramos, en el área que se planea trabajar, la misma solución en plano subcutáneo y perióstico (Fig. 3).



Figura 3. Infiltración anestésica

En cuanto a la altura, al encontrarse el paciente en decúbito dorsal, la ceja descansa sobre el reborde orbitario superior, manteniendo la forma, localización y arco ideal para cada paciente. Esta situación la consideramos natural en hombres y para mujeres la elevamos aun más, 0.5 a 1.0 cm, en dirección cefálica al reborde orbitario. Teniendo los anteriores puntos definidos, que corresponden al punto de máxima proyección y la altura en la que este punto de máxima proyección será llevado, se pide al colaborador que mantenga la ceja en el punto de máxima proyección deseado y a la altura deseada. Se introduce una aguja viuda cortante de $\frac{1}{2}$ círculo # 10, 11 o 12, transcutáneamente en el área pilosa de la ceja, es nuestra preferencia que la aguja debe entrar con dirección de lateral a medial, debiendo atravesar piel, grasa, SMAS, anclarse a periostio, y salir nuevamente a piel atravesando las mismas capas en sentido inverso, describiendo la punta de la aguja un trayecto semicircular desde su entrada a su salida en piel, con punto central (radial) en el punto de máxima proyección de la ceja (Fig. 4).



Figura 4. Introducción de la aguja viuda

Las distancias entre la entrada de la aguja y el punto de máxima proyección y salida de la aguja y el punto de máxima proyección deben ser iguales (Fig. 5).



Figura 5. Entrada y salida de la aguja a la misma distancia una de otra del punto de máxima proyección deseado de la ceja.

Con los dos extremos de la aguja visibles y fuera de piel (Fig. 6) se introduce una hebra de nylon 3-0, y se extrae la aguja por el extremo de la punta, quedando así anclado el nylon a periostio, con un extremo saliendo por el punto de entrada de la aguja y otro extremo saliendo por el punto de salida de la aguja (Figs. 6 y 7).



Figura 6. Se introduce una hebra de nylon # 3-0 a través del orificio de la aguja viuda y se extrae la aguja por su punta.



Figura 7. La hebra de nylon ha quedado anclada a periostio.

Posteriormente se introduce una aguja hipodérmica #18 a través del orificio de entrada de la aguja viuda dirigiendose, en plano transdérmico hacia el orificio de salida de la aguja viuda, teniendo cuidado de no dañar la hebra de nylon (Fig. 8). La hebra de nylon se introduce a través del extremo distal de la aguja hipodérmica y a continuación se extrae esta, obteniendo con esta maniobra que los dos extremos de la hebra de nylon queden en un solo lado (Fig. 9).



Figura 8. Trayecto transdérmico de la aguja hipodérmica, e introducción de la hebra de nylon en el orificio de la aguja.



Figura 9. Se extrae la aguja hipodérmica, emergiendo ambos extremos del nylon por un mismo orificio

Se realiza el nudo, dando la tensión suficiente para mantener la ceja en posición, y se introduce el nudo a través del orificio por el cual salieron las hebras de nylon (Fig. 10). Se “entierra” el nudo en la dermis, terminando así el procedimiento.



Figura 10. El nylon se ha anudado y para terminar el procedimiento, se “entierra” el nudo entrando por el orificio medial, y quedando en posición subcutánea, finalizando así el procedimiento sin incisiones visibles.

RESULTADOS:

Se operaron un total de 328 pacientes adultos con edades entre 23 y 73 años, con promedio de edad de 51 año, de los cuales 92.9 % (n=305) correspondieron al sexo femenino y 7.1 % (n=23) al sexo masculino. 83.5 % (n=275) de los pacientes fueron incluidos en el grupo de pacientes con "ptosis compensada de la ceja"; 4 pacientes con ptosis de ceja, secundaria a parálisis de rama frontal del facial, como parte de las manifestaciones inherentes a parálisis facial; 78 pacientes se operaron debido a insatisfacción estética con el aspecto de sus cejas. El tiempo necesario para el procedimiento, pese a que en los primeros casos no se determinó, es actualmente en promedio 45 minutos en el 100% de los casos, con rango de 30 a 60 minutos. El punto de máxima proyección de la ceja, se ha logrado elevar en promedio 1 cm. con rango de 0.5 a 1.5 cm.

Hubo buenos resultados en el postoperatorio inmediato en el 95% (n=311) de los casos. En 5% de los casos hubo una falla del procedimiento debido a ruptura de la sutura, que se manifestó durante la primera semana del postoperatorio, que se corrigió realizando el mismo procedimiento sin diferimiento.

El resultado del postoperatorio inicial, se mantiene aproximadamente 3 a 4 semanas, con un descenso predecible aproximado de 0.3 a 0.5 cm a partir de este momento (motivo por el cual hipercorregimos actualmente la posición de la ceja 0.5 cm), manteniéndose posteriormente la posición de la ceja a largo plazo, con seguimientos hasta de 16 años.

CONCLUSION:

De acuerdo a los resultados obtenidos, la pexia cerrada de cejas ha demostrado ser una técnica eficaz, óptima y con resultados satisfactorios a corto y a largo plazo, siendo una muy buena alternativa para el tratamiento de la ptosis de esta región, o para modificar la posición de las cejas como procedimiento estético en pacientes con alineación insatisfactoria de las mismas, siendo importante resaltar los siguientes datos:

- La técnica que proponemos no deja cicatrices cutáneas, siendo sumamente atractivo para el paciente, en la era de la cirugía de invasión mínima.
- El tiempo quirúrgico necesario es mínimo en comparación con otras técnicas, lo que se traduce en una reducción del costo al paciente o a la institución de salud.
- Se realiza eficientemente con anestesia local, pudiéndose así realizar en consultorio, reduciendo aun más el costo y la utilización de recursos tanto materiales como humanos.

CASOS CLINICOS:



Fig.11



Fig. 12

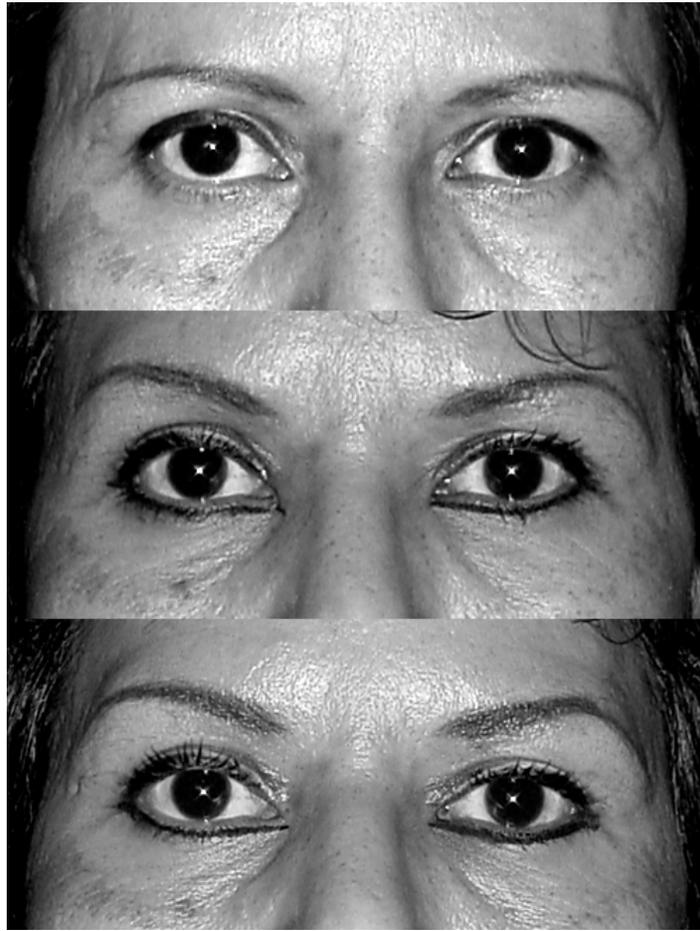


Fig.13

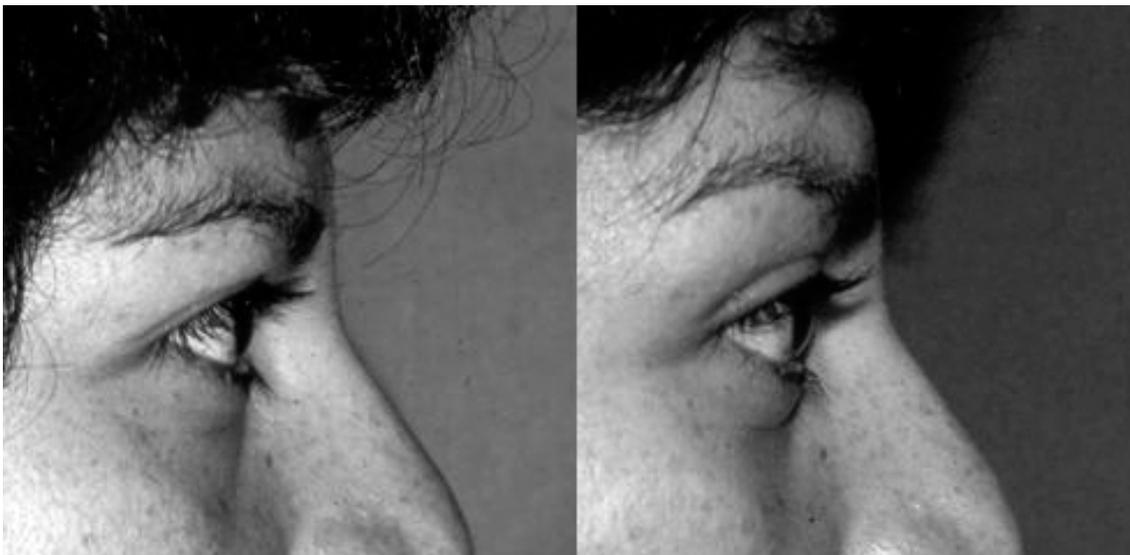


Fig. 14

BIBLIOGRAFIA

1. Passot, R. La chirurgie esthetique des rides du visage. *Presse Med.* 27: 258, 1919.
2. Miller, C. C. *Cosmetic Surgery*, 2nd Ed. (copyright 1906). Chicago: Oak Printing and Publishing Co., 1908.
3. Hunt, H. L. *Plastic Surgery of the Head, Face, and Neck*. Philadelphia: Lea & Febiger, 1926.
4. Passot, R. *Chirurgie Esthetique Pure: Techniques et Resultats*. Paris: Gaston Doin & Cie, 1930.
5. Miller, C. C. *Cosmetic Surgery*. Philadelphia: F. A. Davis, 1924.
6. Noel, A. *La Chirurgie Esthetique et son Role Social*. Paris: Masson, 1926. Pp. 62–66.
7. Joseph, J. *Nasenplastik und sonstige Gesichtplastik nebst einen Anhang uber Mammoplastik*. Leipzig: Kabitzch, 1931. Pp. 507–509.
8. Lexer, E. *Die Gesamte Wiederherstellungs-Chirurgie*, Vols. 1 and 2. Leipzig: Jahann Ambrosius Barth, 1931.
9. Claoue, C. La ridectomie cervico-faciale par accrochage parieto-temporo-occipital et resection cutanee. *Bull. Acad. Med. (Paris)* 109: 257, 1933.
10. Fomon, S. *Surgery of Injury and Plastic Repair*. Baltimore: Williams & Wilkins, 1939.
11. Fomon, S., Goldman, I. B., Neivert, H., and Schattner, A. Face-lift operation by rotation flaps. *Arch. Otolaryngol.* 54: 478, 1951.

12. Castanares, S. Forehead wrinkles, glabellar frown and ptosis of eyebrows. *Plast. Reconstr. Surg.* 34: 406, 1964.
13. Bames, H. O. Frown disfigurement and ptosis of eyebrows. *Plast. Reconstr. Surg.* 19: 337, 1957.
14. Eitner, E. Weitere Mitteilungen über kosmetische Faltenoperationen im Gesicht. *Wien. Med. Wochenschr.* 85: 244, 1935.
15. Gonzales-Ulloa, M. Facial wrinkles: Integral elimination. *Plast. Reconstr. Surg.* 29: 658, 1962.
16. Marino, H., and Gandolfo, E. Treatment of forehead wrinkles. *Prensa Med. Argent.* 51: 1368, 1964.
17. Morel-Fatio, O. Cosmetic surgery of the aging face. In T. Gibson (Ed.), *Modern Trends in Plastic Surgery*. Washington, D.C.: Butterworths, 1964.
18. Uchida, J. I. A method of frontal rhytidectomy. *Plast. Reconstr. Surg.* 35: 218, 1965.
19. Vinas, J. C. Plan general de la ritidoplastia y zona tabu. In *Transactions of the 4th Brazilian Congress on Plastic Surgery*, Porto Alegre, October 5–8, 1965. P. 32
20. Vinas, J. C., Caviglia, C., and Cortinas, J. L. Forehead rhytidoplasty and brow lifting. *Plast. Reconstr. Surg.* 57: 445, 1976.
21. Regnault, P. Complete face and forehead lifting, with double traction on "crow's feet." *Plast. Reconstr. Surg.* 49: 123, 1972.
22. Kaye, B. L. The forehead lift: A useful adjunct to face lift and blepharoplasty. *Plast. Reconstr. Surg.* 60: 161, 1977.

23. Pitanguy, I. Section of the frontalis-procerus-corrugator aponeurosis in the correction of frontal and glabellar wrinkles. *Ann. Plast. Surg.* 2: 422, 1979.
24. Pitanguy, I. Surgical importance of a dermocarilaginous ligament in bulbous noses. *Plast. Reconstr. Surg.* 36: 247, 1965.
25. Riefkohl, R., Kosanin, R., and Georgiade, G. S. Complications of the forehead-brow lift. *Aesthetic Plast. Surg.* 7: 135, 1983.
26. Wilkins, R. Personal communication (cited by Riefkohl, R., Kosanin, R., and Georgiade, G. S. Complications of the forehead-brow lift. *Aesthetic Plast. Surg.* 7: 135, 1983).
27. Owsley, J. Q., Jr. Forehead lift (Letter). *Plast. Reconstr. Surg.* 69: 1025, 1982.
28. Adamson, P. A., Johnson, C. M., Jr., Anderson, J. R., and Dupin, C. L. The forehead lift: A review. *Arch. Otolaryngol.* 111: 325, 1985.
29. Brennan, H. G. The frontal lift. *Arch. Otolaryngol.* 104: 26, 1978.
30. Papillon, J., Perras, C., and Tirkanits, B. A comparative analysis of forehead lift techniques. Presented at the Annual Meeting of the American Society for Aesthetic Plastic Surgery, Boston, 1984.
31. Su, C. T., Morgan, R. F., Manson, P. N., et al. Technique for division and suspension of the orbicularis oculi muscle. *Clin. Plast. Surg.* 8: 673, 1981.
32. Wolfe, S. A., and Baird, W. L. The subcutaneous forehead lift. *Plast. Reconstr. Surg.* 83: 251, 1989.
33. Connell, B. F., Lambros, V. S., and Neurohr, G. H. The forehead lift: Techniques to avoid complications and produce optimal results. *Aesthetic Plast. Surg.* 13: 217, 1989.

34. Flowers, R. S. Periorbital aesthetic surgery for men: Eyelids and related structures. *Clin. Plast. Surg.* 18: 689, 1991.
35. Paul, M. D. The surgical management of upper eyelid hooding. *Aesthetic Plast. Surg.* 13: 183, 1989.
36. Tessier, P. Face lifting and frontal rhytidectomy: In E. J. Fonseca (Ed.), *Transactions of the International Congress of Plastic and Reconstructive Surgery*, Rio de Janeiro, Cartgraf, May 26–27, 1979. P. 393.
37. Tessier, P. Le lifting facial sous-perioste. *Ann. Chir. Plast. Esthet.* 34: 193, 1989.
38. Psillakis, J. M. Empleo de técnicas de cirugía craneofacial en las rítidectomías del tercio superior de la cara. *Cir. Plast. Iberolatinoam.* 10: 297, 1984.
39. Santana, P. S. M. Metodología craneomaxilofacial en rítidoplastias. *Cir. Plast. Iberolatinoam.* 10: 321, 1984.
40. Hinderer, U. T. The blepharo-periorbitoplasty in rhytidectomy: Anatomical basis. In *Transactions of the VIII ISAPS Congress, Madrid*, September 15–19, 1985. P. 91.
41. Hinderer, U. T., Urriolagoitia, F., and Vildosola, R. The blepharo-periorbitoplasty: Anatomical basis. *Ann. Plast. Surg.* 18: 437, 1987.
42. Ortiz-Monasterio, F. Aesthetic surgery of the facial skeleton: The forehead. *Clin. Plast. Surg.* 18: 19, 1991.
43. Vasconez, L. O. The use of the endoscope in brow lifting. A video presentation at the Annual Meeting of the American Society of Plastic and Reconstructive Surgeons. Washington, D.C., 1992.

44. Isse, N. G. Endoscopic forehead lift. Presented at the Annual Meeting of the Los Angeles County Society of Plastic Surgeons, Los Angeles, September 12, 1992.

45. Ramirez, O. M. Endoscopically assisted biplanar forehead lift. *Plast. Reconstr. Surg.* 96: 323, 1995.

46. Paul, M. D. Subperiosteal transblepharoplasty forehead lift. *Aesthetic Plast. Surg.* 20: 129, 1996.

47. Hernández-Pérez E. MD; Khawaja H. A. MD. A Percutaneous Approach to Eyebrow Lift: The Salvadorean Option. *Dermatologic Surgery.* 29 (8):852, 2003