

TÉCNICA DE PSEUDO-ANCLAJE PARA SUSPENSIÓN FACIAL TEJERO-GIL

Paloma Tejero¹, Eduardo Gil²

1. Mediestetic. Madrid-Toledo, España.
2. Comyce Clínicas Albacete, España.

CORRESPONDENCIA: Clínicas Mediestetic. C/ Reino Unido, nº 7 – C.P:45005 – Toledo Tlfn. 925 25 75 52 / Fax: 925 28 03 84

Email: palomatejero@mediestetic.com

RESUMEN

Las técnicas de rejuvenecimiento facial con hilos tensores, se incluyen en el grupo de procedimientos de Cirugía Estética mínimamente invasiva. La utilización de hilos en Medicina Estética (ME) es una práctica, que viene utilizándose tanto a nivel facial como corporal desde 1956. En el momento actual, estamos viviendo un momento de auge de estas técnicas, gracias a la aparición de hilos autosustentables, que requieren una menos invasión de tejidos, al no precisar incisiones ni suturas, y que además son reabsorbibles, lo que hace aumentar de forma importante su seguridad, su reputación es también cuestionada, por la falta de resultados y su corta duración. Tras la utilización en muchos pacientes de hilos de PDO con espículas COG, basándonos en los diseños arquitectónicos de puentes colgantes, y revisando las diferentes técnicas se propuso establecer parámetros que garanticen un mayor anclaje en el tejido, lo que permitiría una optimización de los resultados, sin que fuera necesario la realización de incisiones, esta técnica garantiza el anclaje y la sustentación necesaria en la zona tres con pocos hilos y mejores resultados.

PALABRAS CLAVE: Pseudoanclaje, Hilos, Polidioxanona, reabsorbibles.

PSEUDO-ANCHORAGE TECHNIQUE FOR TEJERO-GIL FACIAL SUSPENSION

ABSTRACT

Facial rejuvenation techniques with tensioning threads are included in the minimally invasive cosmetic surgery procedure group. The use of threads in Esthetic Medicine (ME) is a practice, which has been used both at the facial and body level since 1956. At the moment, we are experiencing a moment of boom in these techniques, thanks to the appearance of self-sustaining threads, which Require less invasion of tissues, as they do not need incisions or sutures, and are also resorbable, which increases their safety significantly, their reputation is also questioned, due to the lack of results and their short duration. After the use in many patients of PDO wires with COG spikes, based on the architectural designs of hanging bridges, and reviewing the different techniques, it was proposed to establish parameters that guarantee a greater anchorage in the tissue, which would allow an optimization of the results, Without making incisions necessary, this technique guarantees the anchorage and the necessary support in zone three with few threads and better results.

KEYWORDS: Pseudo-anchorage, Threads, Polydioxanone, resorbable

INTRODUCCIÓN

Las técnicas de rejuvenecimiento facial con hilos tensores, se incluyen en el grupo de procedimientos de Cirugía Estética mínimamente invasiva. Son procedimientos que tratan de “ayudar al individuo a mejorar su autoestima, a imprimirle mayor seguridad en su contexto social y a conquistar finalmente

la armonía: una palabra que engloba el concepto de belleza (1,2,3,4). Obteniendo el mejor resultado posible, con la mínima cicatriz o sin ella, y con el mínimo daño tisular. La utilización de hilos en Medicina Estetica (ME) es una práctica , que viene utilizándose tanto a nivel facial como corporal desde 1956, cuando Buttkewitz, publica una

corrección para el pliegue nasolabial mediante un hilo de nylon (1). A pesar

del tiempo transcurrido, no existen demasiadas publicaciones al respecto, y las que hay son sobre series cortas de pacientes (Pubmed, Scielo), y no coinciden sobre la evidencia científica sobre la obtención de buenos resultados, ni sobre su seguridad (2,3), si bien la mayoría están realizados con hilos no reabsorbibles y que precisan suturas. En el momento actual, estamos viviendo un momento de auge de estas técnicas, gracias a la aparición de hilos autosustentables, que requieren una menor invasión de tejidos, al no precisar incisiones ni suturas, y que además son reabsorbibles, lo que hace aumentar de forma importante su seguridad, su reputación es también cuestionada (4), por la falta de resultados y su corta duración. Se realizó una revisión de las diferentes técnicas y suturas, usadas en Medicina Estética desde los hilos de oro, Gore Tex, Happy lift. (5, 6, 7,8). La base de nuestra técnica, fue primero la posibilidad de usar hilos reabsorbibles, espiculados, introducidos con aguja guía o cánula, y la búsqueda de encontrar un

punto de anclaje, basándonos en la técnica de Guilleman, que se publicó

en 1970, con el nombre de “Curt Lift”, y que consistía en traccionar el tejido con un punto fijo de sostén. Para ello, necesitaban hacer una incisión, para fijarla a los tejidos fibrosos (9). Tras la utilización en muchos pacientes de hilos de PDO con espículas COG, basándonos en los diseños arquitectónicos de puentes colgantes, y revisando las diferentes técnicas se propuso establecer parámetros que garanticen un mayor anclaje en el tejido, lo que permitiría una optimización de los resultados, sin que fuera necesario la realización de incisiones. La valoración tanto los resultados que pueden obtenerse y grado de satisfacción del paciente, así como sus posibles complicaciones y efectos adversos, optimizo resultados, validando una nueva técnica de pseudoanclaje, en la que colocamos los hilos espiculados con la ayuda de aguja guía o cánula, uniéndolos de dos a dos, mediante un nudo, que queda enterrado sobre el SMAS, en el tejido celular subcutáneo, realiza la función de anclaje (pseudoanclaje) que evita el

desplazamiento de las suturas y aumenta la fuerza de tracción.

DESCRIPCION DE LA TECNICA

Desde el año 2014, utilizamos diferentes tipos de suturas realizadas en PDO, con espículas. Generalmente se colocaban varios hilos en cada hemicara, autosustentables para lograr elevación y efecto Lifting. Con anterioridad habíamos utilizado hilos APTOS tipo “Happy Lift”, insertados mediante cánula, utilizando técnica de acordeón, para su implantación en el tejido. En general los hilos PDO, tienen menos fuerza de elevación, por lo que era necesario usar un mayor número de hilos, y la duración del efecto era menor. Basamos la técnica en la utilización de hilos con doble aguja (5), comenzando a introducir los hilos de dos en dos, a través de un mismo orificio de entrada, dirigiéndolos angularmente, en forma de dos vectores que se unen en un vértice superior. Se ha ido probando diferentes tipos de suturas. Sea cual sea el usado, los resultados y la duración mejoran al utilizar la técnica de anudación en un extremo por pares. Los hilos que usamos y que para nosotros han resultado mayor

eficacia para esta técnica son hilos con espículas bidireccionales, que terminan

en un extremo libre así como los denominados Hilos 3D, con espículas en 360° Figura 1 y grosor 1-0 y de 150 mm de longitud, preferiblemente con cánula 19G de 100 mm.



Figura 1. Estructura de los hilos de Polidioxanona usados en esta técnica

La utilización de espículas bidireccionales o las 3D, supone por sí mismas, una fijación a los tejidos. Con esta técnica optimizamos el número de hilos a utilizar y el grado de elevación de tejido conseguido. Para colocarlos, realizamos previamente un diseño de punto de entrada y trayectoria. Se utilizaron dos hilos por hemicara para tercio inferior facial, y otros dos en tercio medio Figura 1.a Procedemos a realizar un habón anestésico con Lidocaína al 2% con Epinefrina en el punto de entrada. Con una aguja de 18 G, realizamos un orificio de entrada perpendicular, por el

que introduciremos el primer hilo, y una vez colocado, el segundo, formando entre ambos un ángulo de entre 40-70°, procediendo a anudar ambos extremos libres, hasta lograr la máxima tensión y elevación del tejido cortando los extremos a ras del nudo, y presionandolo

en el tejido celular subcutáneo. Es muy importante que el nudo quede completamente tapado quedara un tejido ondulado como se observa en la Figura 1.b



Figura 1a. Planificación antropométrica del tercio a tratar.



Figura 1b. Ingreso con los hilos en el área planificada.

Los resultados son inmediatos los pliegues del tejido se reposicionaran en los próximos días con un resultado

inmediato de tensión y rejuvenecimiento y un efecto tardío de mejora de los tejidos figura 2a. y 2b.



2a



2b

Figura 2a. Previo al tratamiento 2b. Posterior al tratamiento

A nivel corporal, hemos realizado esta técnica en mamas con un diseño figura 3, utilizando 4 hilos por mama, los

resultados son buenos en mamas poco pesadas y con potosis moderadas

pudiendo utilizarse también en glúteos y abdomen.



Figura 3. Técnica de pseudoanclaje en mamas diseño antropométrico.

Desde el año 2014, hemos realizado un total de 57 pacientes en tratamiento facial, 3 pacientes para elevación de mamas, dos gluteos y un abdomen. En todas los resultados han sido satisfactorios, evidenciándose únicamente como efecto adverso, hematomas que se resuelven espontáneamente, dolor por la acción de las espículas controlable solo o con analgesia oral leve (paracetamol:), y algún caso de extrusión del nudo. No hemos tenido ninguna infección, ni ningún caso de desplazamiento del hilo. La mayor dificultad estriba en poder enterrar completamente el nudo en el tejido celular subcutáneo. En cuanto a la

duración de los resultados, la pérdida de tensión es gradual como esperábamos. En el seguimiento de las pacientes, muchas han vuelto al año para repetir la técnica. Esta técnica se presentó en las jornadas de la AMECLM con fecha 21 octubre 2016, teniendo una gran aceptación por parte de muchos compañeros por su sencillez. Con fecha 15 de Marzo 2017, se admitió en el registro de la propiedad intelectual de Navarra como “Técnica de utilización in situ para garantizar máxima eficacia en la utilización en estética de hilos PDO”

CONCLUSION

Utilizando la técnica de pseudoanclaje mediante la realización de anudado dos a dos de las suturas utilizadas, conseguimos posicionar las dos mitades del hilo de una manera precisa ; el nudo permite un resultado absolutamente simétrico para una correcta distribución

del peso del tejidos en ambas hilos, y evitando desplazamientos. El procedimiento de implante es más rápido de realizar con una significativa reducción del tiempo de intervención y una mejor recuperación post-tratamiento para el paciente.

Los resultados son buenos y muy buenos, si se sabe seleccionar bien el paciente, ptosis moderada, rechazo de técnicas quirúrgicas más invasivas y aceptación del postratamiento de dos, tres días con molestias (sensación de pinchacitos), dormir boca arriba, no gesticular en exceso ni masajear la zona. Entre los efectos adversos, hematomas, y alguna extrusión del nudo, todos solucionables fácilmente, lo que ha consolidado la técnica

REFERENCIAS

1. -Buttkewitz H. Die Nade technik der Subcutane Gewebsrafung einer Schnittlosen Korrekturmethode bei Kosmetischen Brust Und Gesichtoperationen 2 entralbl;chir 81:1185-1956
2. -Kurita M, Matsumoto D, Kato H, Araki J, Higashino T, Fujino T,
3. Takasu K, Yoshimura K. Tissue reactions to cog structure and pure gold in lifting threads: a histological study in rats. *Aesthet Surg J.* 2011 Mar;31(3):347-51.
4. Garvey PB, Ricciardelli EJ, Gampper T. Outcomes in threadlift for facial rejuvenation. *Ann Plast Surg.* 2009 May;62(5):482-5.
5. Our Technique of Thread Lifting for Facial Rejuvenation: Plastic and Reconstructive Surgery – Global Open [Internet]. LWW. [citado 20 de abril de 2017]. Disponible en: http://journals.lww.com/prsgo/Fulltext/2016/06001/Our_Technique_of_Thread_Lifting_for_Facial.1.aspx
6. Florez Mendez, M.,Trelles, M.A.2. La técnica “Face-up”:Liftinf facial mini-invasivo con hilos tensores.Cir.



-
- plast.iberam. Vol 34 n°1 2008, 37-40
7. Sulamanidze MA et al. Removal of facial soft tissue ptosis with special threads. *Dermatol Surg* 2002; 28:367-71
 8. Sulamanidze M.A., Paikidze T.G., Sulamanidze G.M. Lifting facial con hilos APTOS. *International Journal of Cosmetic Surgery and Esthetic Medicine*. Vol 34 n°1 2008, 37-40
 9. Journal of cosmetic Medicine and Surgery-Edicion en Español 2001 dic.(3) 139-142
 10. Guillo D. Les fils de soutien longs. *J. Med. Esth. et chir. Derm.* Vol XXXII, 126. 2005 juin, 87-97