

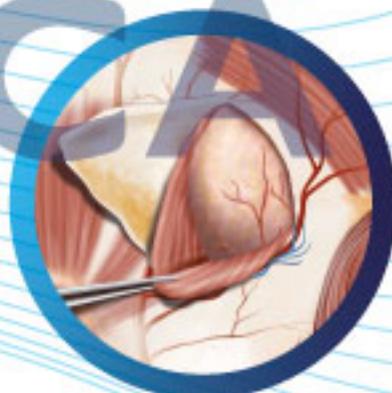
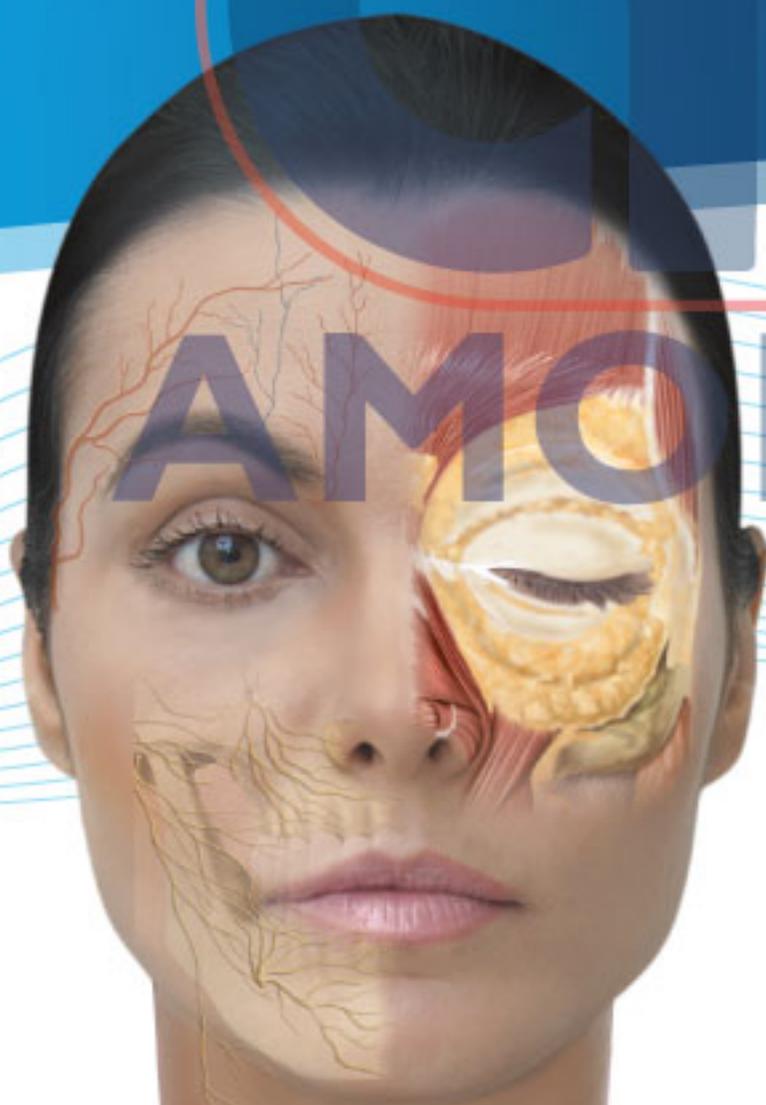


Biblioteca
digital

Incluye **e-Book**

ATLAS DE ANATOMÍA Y RELLENO GLOBAL DE LA CARA

ANDRÉ BRAZ - THAIS SAKUMA




AMOLCA

ATLAS DE
**ANATOMÍA Y RELLENO
GLOBAL DE LA CARA**

AMOLCA
PARA UNA PRÁCTICA EXITOSA



ATLAS DE ANATOMÍA Y RELLENO GLOBAL DE LA CARA

André Vieira Braz

Dermatólogo clínico, quirúrgico y cosmético, responsable de la Clínica dermatológica Dr. André Braz (Río de Janeiro/RJ, Brasil)

Coordinador científico del curso de Anatomía Aplicada para la toxina botulínica y el relleno, en el Centro de Investigación Anatómica de Miami (MARC)

Profesor Asistente del Sector de Cosmiatría de la Policlínica General de Río de Janeiro (PGRJ)

Miembro de la Sociedad Brasileña de Dermatología (SBD)

Miembro de la Sociedad Americana de Cirugía Dermatológica (ASDS)

Miembro de la Sociedad Iberolatinoamericana de Dermatología (CILAD)

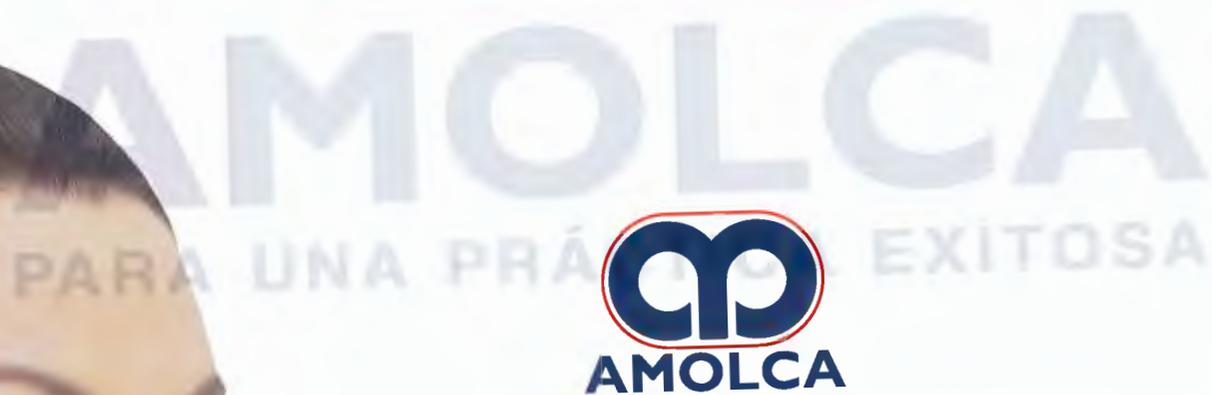
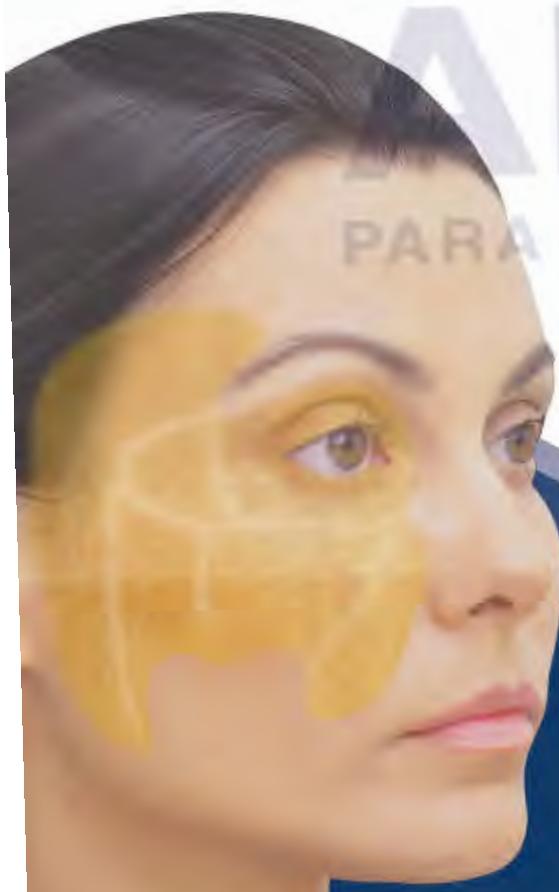
Thais Harumi Sakuma

Graduada en Medicina en la Universidad Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS)

Residencia médica en Dermatología en la Universidad Federal del Estado de Río de Janeiro (UNIRIO)

Investigadora Asociada de la Universidad de California, San Francisco (UCSF/2011).

Especialista en Dermatología en la Sociedad Brasileña de Dermatología (SBD)



Contenido

- Capítulo 1** Evaluación facial, 1
- Capítulo 2** Anatomía de la cara, 15
- Capítulo 3** Propiedades biofísicas del ácido hialurónico, 97
- Capítulo 4** Anatomía del proceso de envejecimiento, 103
- Capítulo 5** Bloqueo anestésico, 117
- Capítulo 6** Relleno de la región temporal, 139
- Capítulo 7** Relleno de las cejas, 177
- Capítulo 8** Relleno de la región frontal, 205
- Capítulo 9** Relleno de la glabella, 235
- Capítulo 10** Relleno de las regiones malar y cigomática, 255
- Capítulo 11** Relleno de los surcos nasoyugal y palpebromalar, 297
- Capítulo 12** Relleno del surco nasolabial, 327
- Capítulo 13** Relleno del triángulo submalar, 351
- Capítulo 14** Relleno nasal, 371
- Capítulo 15** Relleno de la región preauricular y del lóbulo de la oreja, 403
- Capítulo 16** Relleno de los labios, de la comisura labial y del surco labiomentoniano, 419
- Capítulo 17** Relleno del mentón y del contorno de la mandíbula, 463
- Capítulo 18** Complicaciones y efectos adversos, 539
- Capítulo 19** Zonas de riesgo, 551
- Índice alfabético, 563

CAPÍTULO

09

**RELLENO DE
LA GLABELA**

AIMOLCA
PARA UNA PRÁCTICA EXITOSA



INTRODUCCIÓN

El ángulo glabellar (máxima prominencia de la glabella en relación con la sutura nasofrontal) disminuye durante el proceso de envejecimiento, tanto en los hombres como en las mujeres, lo que indica el remodelado óseo en esta área.¹ Además, se produce una pérdida de grasa local, la cual se agrava por el adelgazamiento de la piel y por los movimientos musculares repetitivos. El relleno profundo de esta región eleva medialmente la ceja y la base nasal y este relleno puede asociarse, respectivamente, con la toxina botulínica y con el relleno superficial para aliviar las líneas horizontales y verticales provocadas por la contracción de los músculos prócer y corrugador.

ANATOMÍA

Debajo de la piel y encima del músculo prócer se encuentra el compartimiento de grasa central de la frente que se delimita lateralmente por los compartimientos intermedio e, inferiormente, por el dorso nasal.² La arteria, la vena y el nervio supratrocleares dejan la región media superior de la órbita a unos 17-22 mm lateralmente con respecto a la línea media y se anastomosan con la arteria supraorbitaria y la rama frontal de la arteria temporal superficial (Figuras 9.1-9.7).

TÉCNICA INTRADÉRMICA

Se realizan *microbolos* intradérmicos para la corrección de esas ríptides superficiales, que son persistentes después de la toxina botulínica en el músculo corrugador (Figuras 9.8, 9.10 y 9.11).

TÉCNICA SUPRAPERIÓSTICA

Para realizar el procedimiento, se siguen las etapas que se describen a continuación (Figuras 9.9-9.16).

El área para rellenar debe ser delimitada. Posteriormente, en el orificio de entrada de la microcánula de 25 G × 50 mm, se rellena la zona en el plano supraperióstico con ácido hialurónico (AH) para las dermis media/profunda o un voluminizador y se masajea. Carruthers y Carruthers³ describieron la técnica de inyección profunda con aguja de 27 G.

En la Figura 9.17 muestra el antes y el después del relleno.

COMPLICACIONES

Se puede esperar que haya sensibilidad y un edema local discreto. Las asimetrías pueden corregirse con masajes, inyecciones adicionales de AH o hialuronidasa. También puede producirse isquemia por compresión externa de los vasos locales, por lo que debe evitarse un gran volumen. La inyección intravascular inadvertida puede ocasionar embolia y obstrucción de la arteria central de la retina.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Shaw RB Jr, Katzel EB, Koltz PF, Yaremchuk MJ, Gierotto JA, Kahn DM, Langstein HN. Aging of the facial skeleton: aesthetic implications and rejuvenation strategies. *Plast Reconstr Surg.* 2011;127(1):374-83.
2. Rohrich RJ, Pessa JE. The fat compartments of the face: anatomy and clinical implications for cosmetic surgery. *Plast Reconstr Surg.* 2007;119(7):2219-27.
3. Carruthers J, Carruthers A. Volumizing the glabella and forehead. *Dermatol Surg.* 2010;36(3):1905-9.

AMOLCA
PARA UNA PRÁCTICA EXITOSA

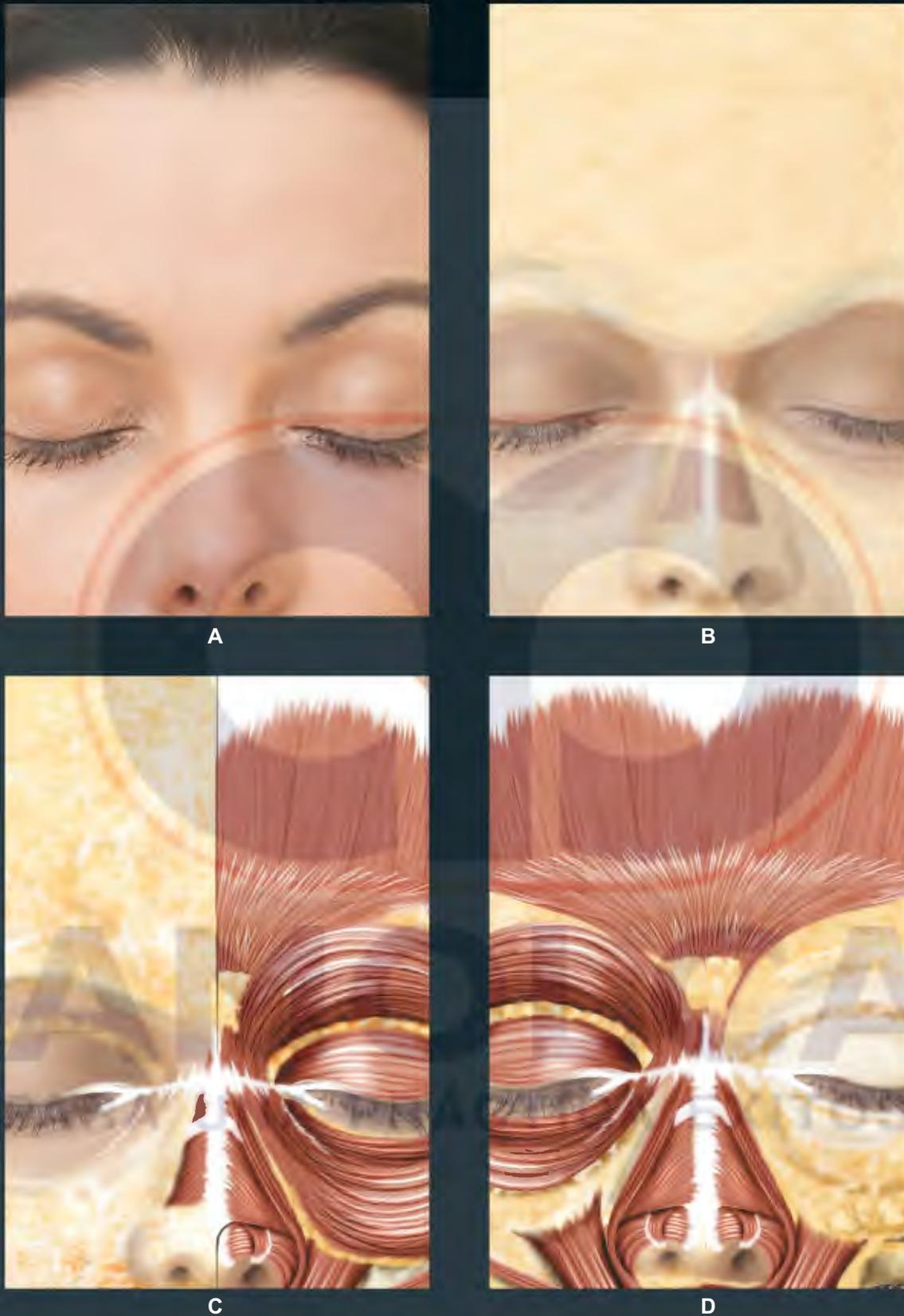


Figura 9.1. A. Vista frontal de la cara donde se destaca la glabella. B. Vista frontal de la cara después de la remoción de la piel para la visualización del compartimiento de grasa superficial (CGS). C. Hemicara derecha que muestra el CGS y hemicara izquierda donde pueden verse los músculos frontal, orbicular de los ojos y corrugador. D. Hemicara derecha donde pueden observarse los músculos frontal, orbicular de los ojos y corrugador, así como hemicara izquierda después de retirar los músculos citados anteriormente para permitir la observación de la grasa ocular retroorbicular (ROOF) y de la grasa ocular suborbicular (SOOF).



Figura 9.2. A. Hemicara derecha después de la remoción de la piel, del compartimiento de grasa superficial (CGS) y del músculo orbicular de los ojos. En la imagen pueden observarse los músculos frontal, corrugador y nasales. La hemicara izquierda después de la remoción de piel, el CGS y los músculos orbicular de los ojos y frontal. En esta imagen se observan el músculo corrugador y la estructura ósea de la región considerada. **B.** Estructura ósea de la glabella.

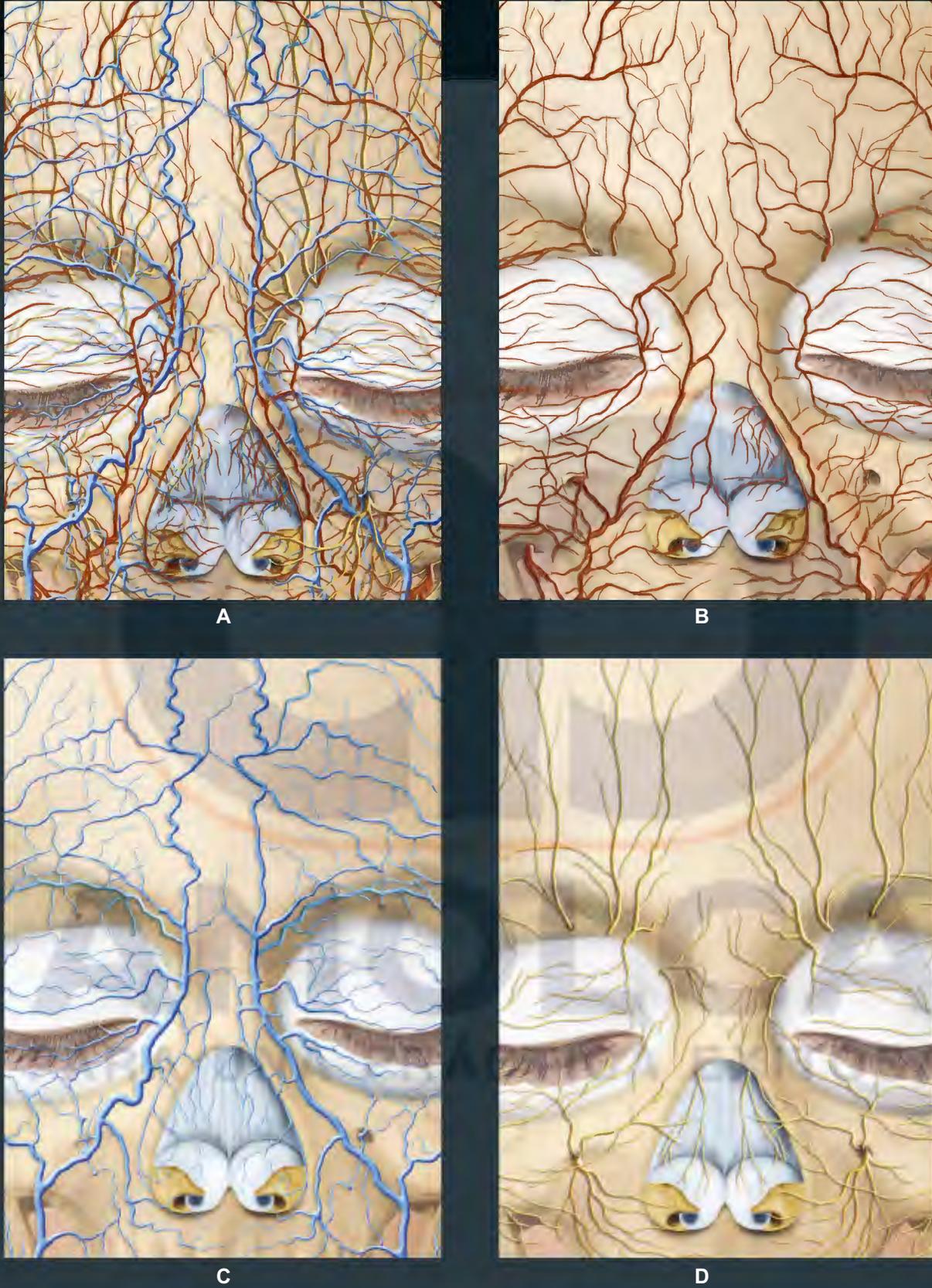
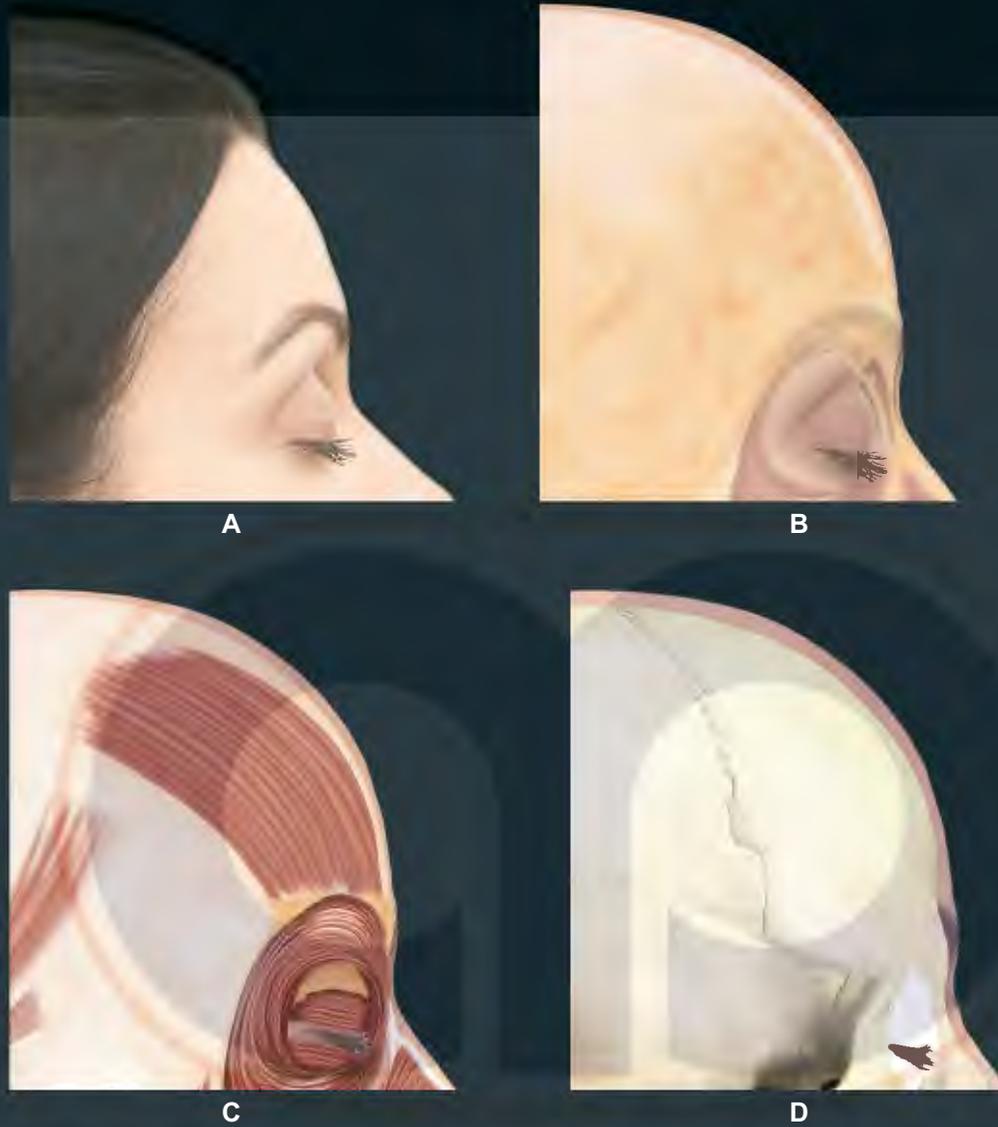


Figura 9.3. Vista frontal de la cara. **A.** Se destaca la glabella, en la cual es posible observar la vascularización y la inervación correspondientes. **B.** Vascularización arterial correspondiente. **C.** Vascularización venosa correspondiente. **D.** Inervación correspondiente.



AMOLCA
PARA UNA PRÁCTICA EXITOSA

Figura 9.4. Perfil de la hemicara derecha. **A.** Se destaca la glabella. **B.** La misma región después de la remoción de piel para la visualización del compartimento de grasa superficial (CGS). **C.** La misma región después de la remoción de la piel y el CGS para mostrar los músculos frontal y orbicular de los ojos, detrás del cual es posible observar la grasa ocular retroorbital (ROOF). **D.** Estructura ósea de la región.

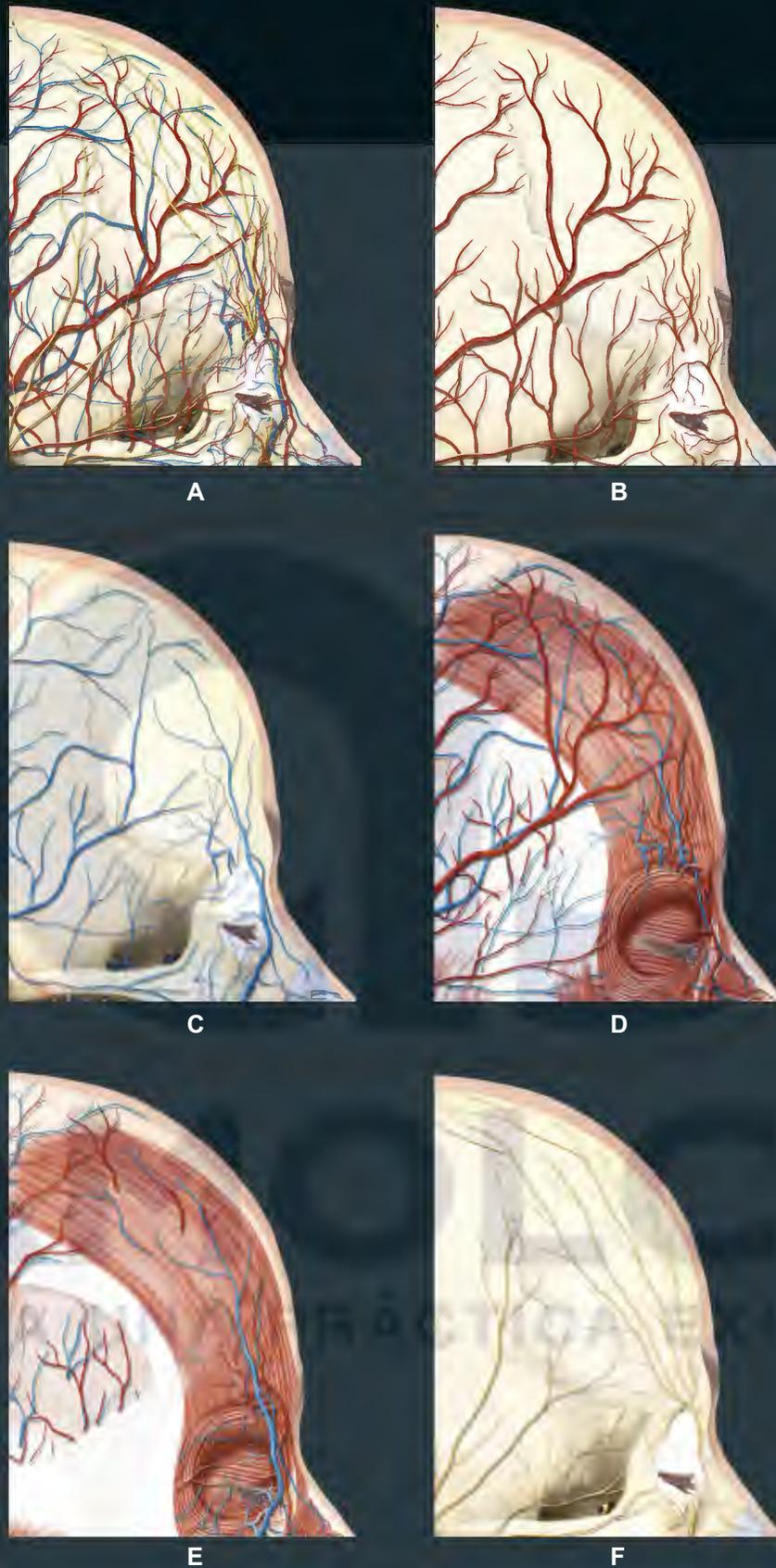


Figura 9.5. Perfil de la región glabellar de la hemicara derecha. **A.** Vascularización e inervación correspondientes. **B.** Vascularización arterial correspondiente. **C.** Vascularización venosa correspondiente. **D.** Vascularización arterial y venosa por encima de los músculos frontal y orbicular de los ojos. **E.** La misma ilustración que se muestra en D, después de retirar la fascia temporal superficial y la arteria temporal superficial frontal. Nótese, encima de la fascia temporal profunda, la vascularización arterial y venosa correspondiente. **F.** Inervación correspondiente.

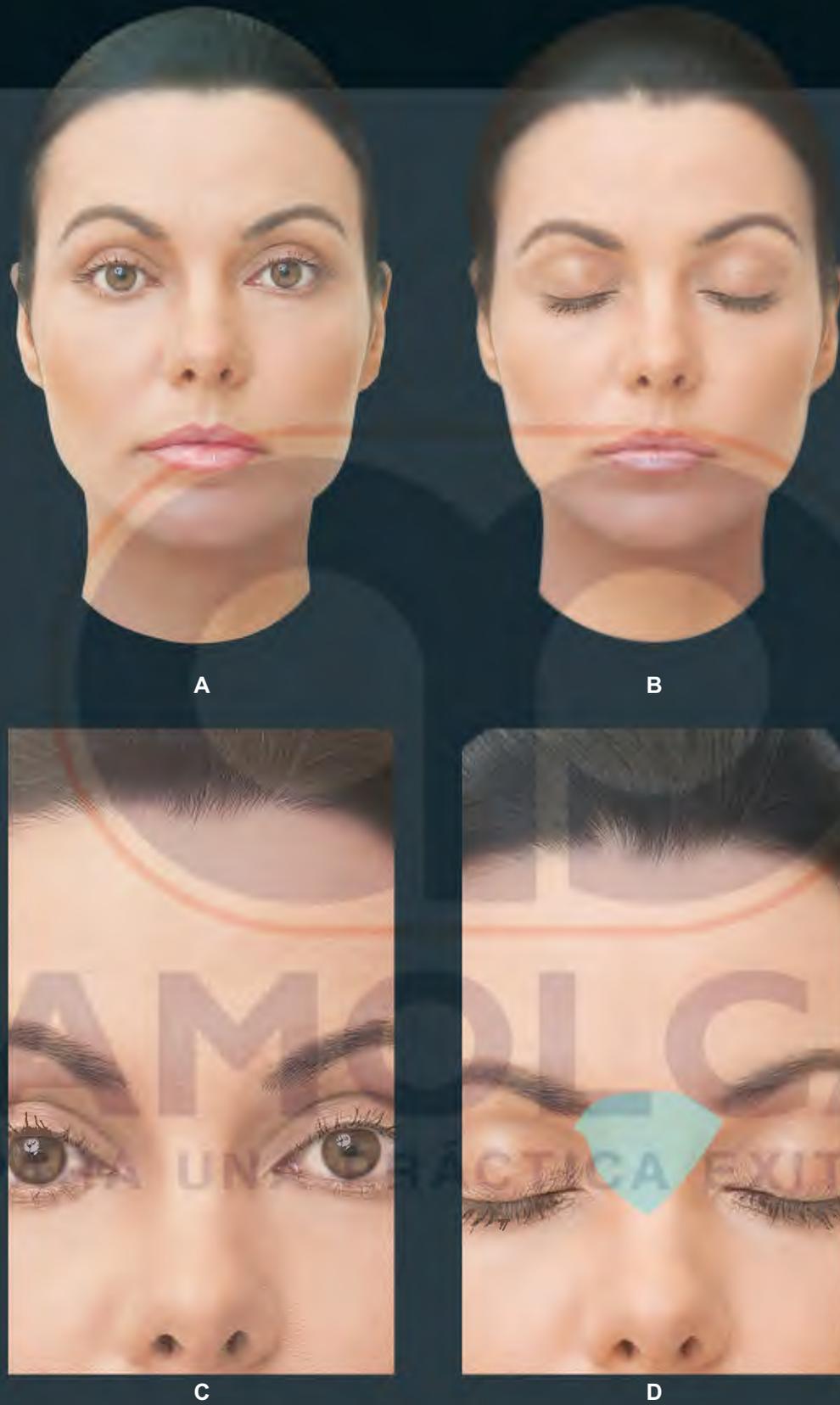
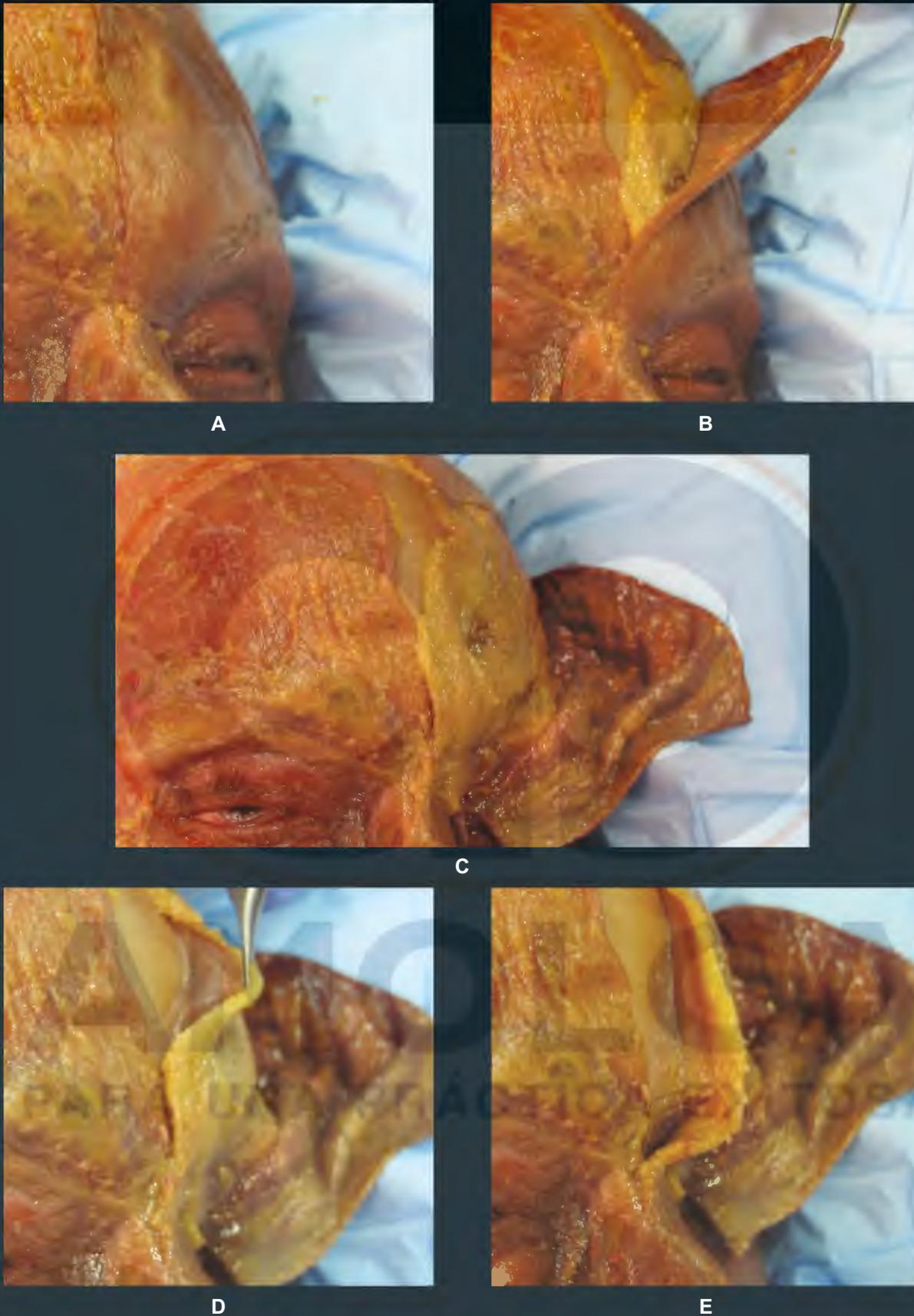
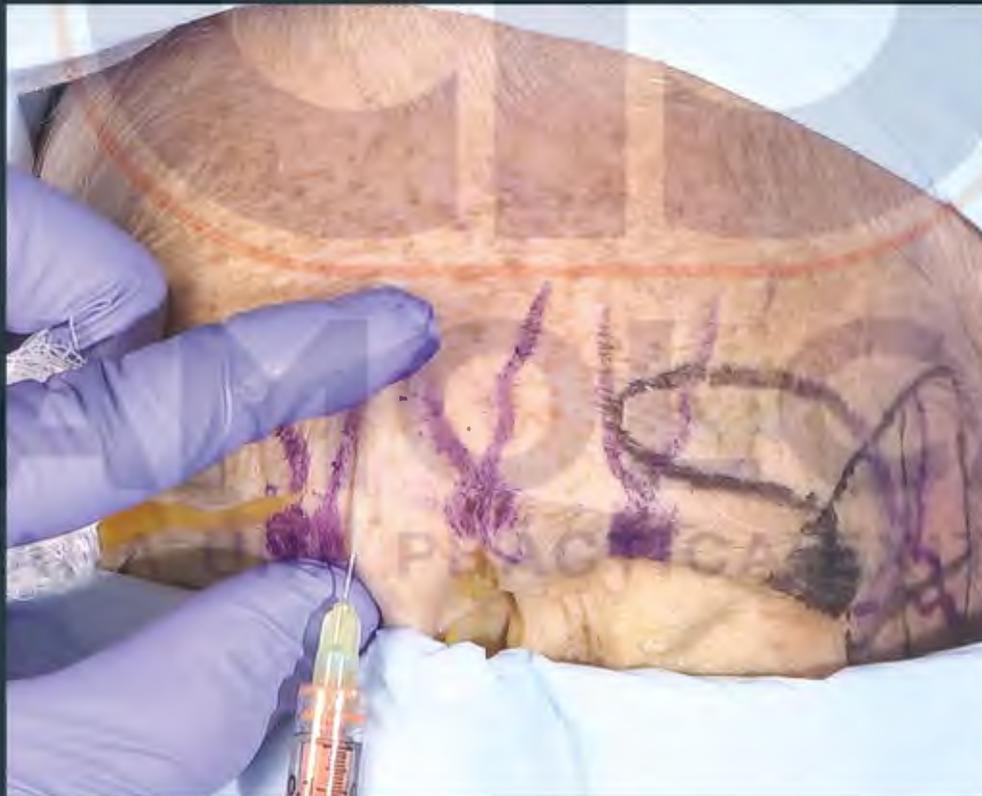


Figura 9.6. A y B. Modelo en vista frontal. C y D. Región glabellar en detalle y diseño (en azul) que delimita la región.





A



B

Figura 9.8. **A.** Glabella de un cadáver fresco con aguja de 30 G x 13 mm introducida en el plano intradérmico superficial para la inyección de ácido hialurónico utilizando la técnica de microgotas. **B.** Glabella de un cadáver fresco con aguja de 30 G x 13 mm introducida en el plano intradérmico superficial para la inyección de ácido hialurónico con la técnica de la retroinyección. La prominencia causada por la aguja demuestra que la inyección debe ser superficial para minimizar el riesgo de complicaciones.



Figura 9.9. Glabella de cadáver fresco con aguja de 30 G x 13 mm que se introduce en el plano suprapariético para la inyección de ácido hialurónico utilizando la técnica de bolo. El plano suprapariético es el más seguro para el relleno glabellar, pero es necesario resaltar que esta es un área de gran riesgo.

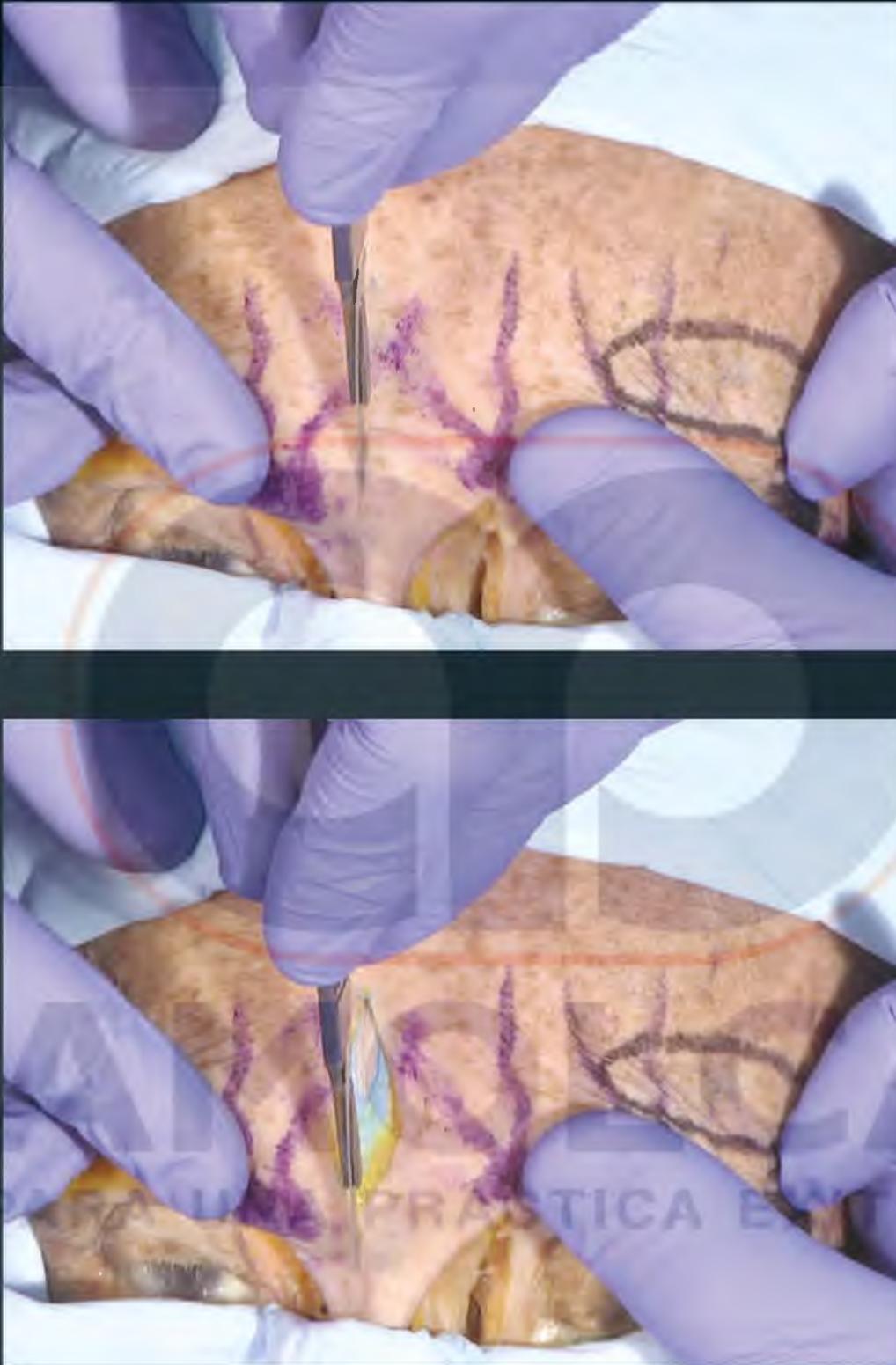
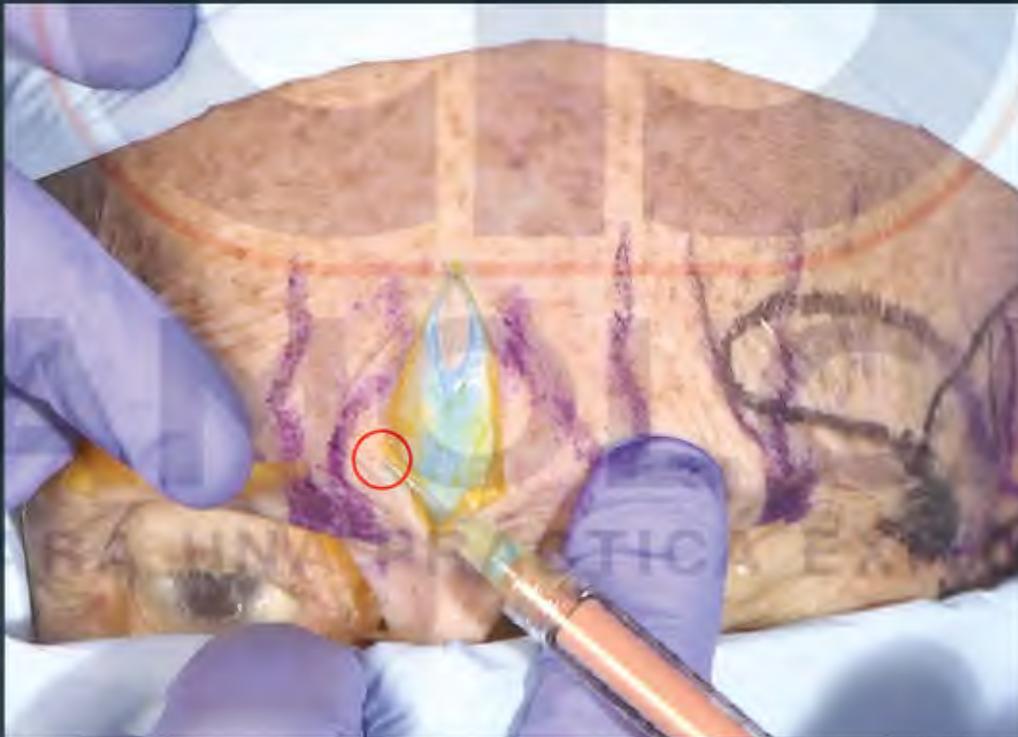


Figura 9.10. Glabella de cadáver fresco disecada con bisturí.



A



B

Figura 9.11. A. Glabella de cadáver fresco disecada. Compartimiento superficial de grasa de la glabella y área supraparióstica en azul turquesa después de la inyección de ácido hialurónico tintado en ese color. B. Área glabellar disecada. Jeringa simulando la inyección intradérmica de ácido hialurónico (circunferencia roja). Nótese que la dermis tiene solo 1 a 2 mm de espesor.

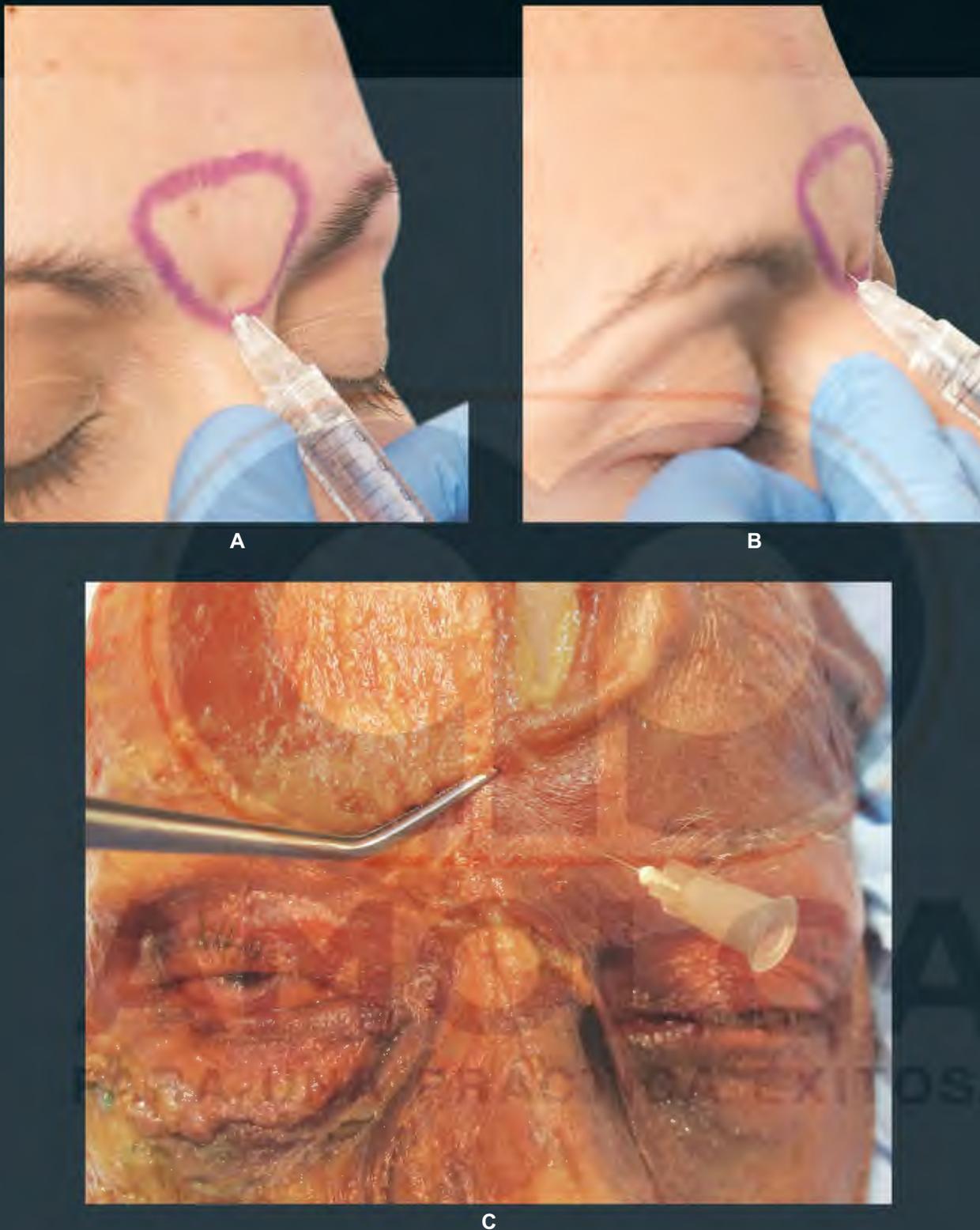
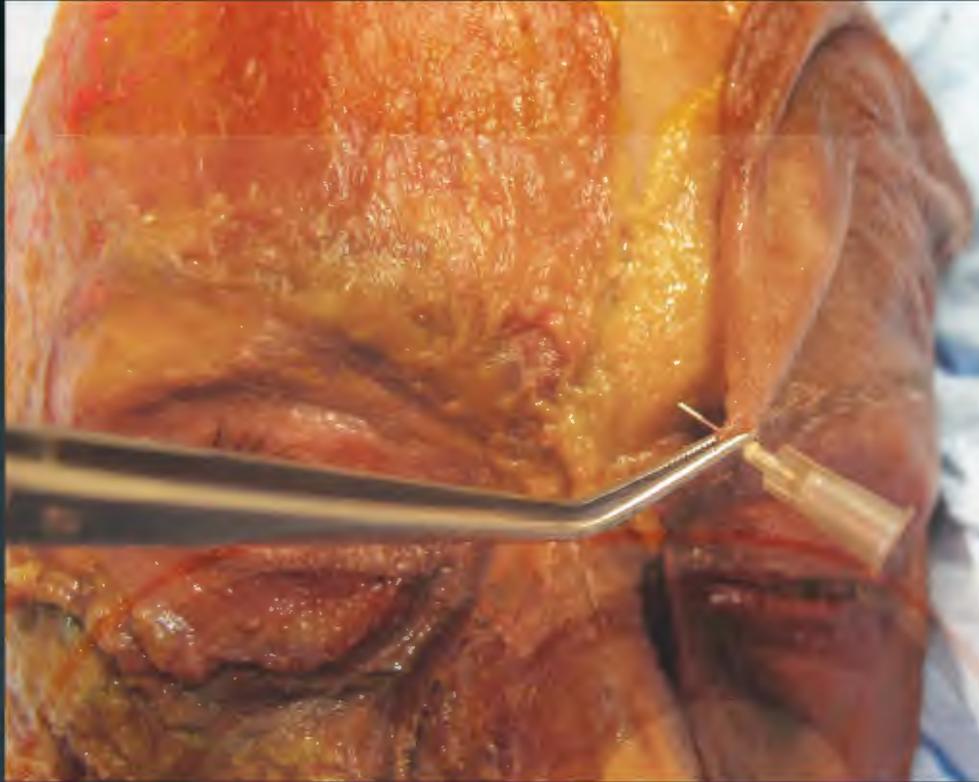


Figura 9.12. **A.** Tercio superior de la modelo con trazado para delimitar el área glabellar que va a ser rellenada. La aguja de 27 G × 13 mm se introdujo en el plano supraperiostico simulando la inyección del producto utilizando la técnica en bolo, después de la aspiración. Es necesario recordar que la aspiración negativa no evita la posibilidad de una inyección intravascular. **B.** Detalle de A, de perfil. **C.** Tercio superior de un cadáver fresco en vista frontal con la aguja introducida en la región glabellar para simular la inyección supraperiostica.



A

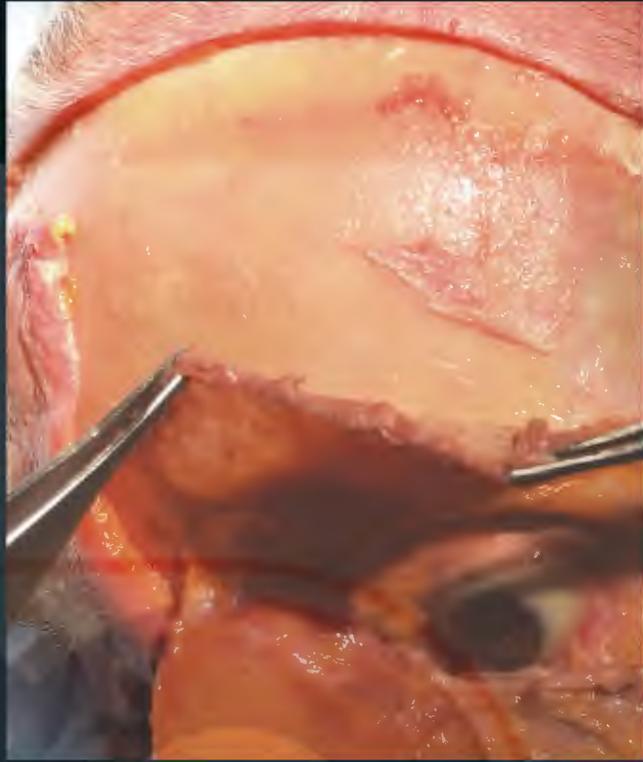


B

Figura 9.13. A. Tercio superior de un cadáver fresco en vista frontal con la aguja introducida en la región glabelar para simular la inyección supraperióstica. Piel elevada para exponer el compartimiento de grasa superficial glabelar (CGS). B. Aguja introducida en la región glabelar simulando la inyección supraperióstica. Elevación de la piel y del CGS glabelar para mostrar el músculo prócer.



A



B



C

Figura 9.14. A. Tercio superior de la hemicara izquierda de un cadáver fresco con el músculo frontal sujetado con pinzas. B. Músculo frontal elevado para exponer el hueso frontal. C. Se percibe una depresión ósea (*circunferencia azul*) donde el compartimiento superficial de grasa glabellar se presenta más denso.



A



B

Figura 9.15. A. Tercio superior en vista frontal de la modelo con delimitación del área glabellar que va a ser rellenada. Cánula de 25 G × 40 mm introducida en el plano suprapariosteal, simulando la inyección del producto mediante la técnica de bolo. **B.** Tercio superior de un cadáver fresco en vista frontal con una cánula de 25 G × 40 mm introducida en la región glabellar para simular la inyección suprapariosteal.



A



B



C

Figura 9.16. A. Tercio superior de la cara de un cadáver fresco en vista frontal con una cánula de 25 G x 40 mm introducida en la región glabella para simular una inyección supraparietal. Elevación de la piel para exponer el compartimiento superficial de grasa glabella. B. Piel y compartimiento de grasa superficial glabella elevados para mostrar la inyección de ácido hialurónico (coloreado en verde) en el plano supraparietal. C. Perfil de la imagen en B que muestra que el ácido hialurónico (coloreado en verde) se inyectó en el plano supraparietal. Este es el plano más seguro para el relleno de esta región.



A



B

Figura 9.17. Paciente antes (A) y después (B) del relleno con aguja de las líneas superficiales de la glabella, las cuales eran remanentes de la toxina botulínica tipo A, y voluminización profunda con cánula.



ATLAS DE ANATOMÍA Y RELLENO GLOBAL DE LA CARA

ANDRÉ BRAZ - THAIS SAKUMA

Esta innovadora obra ofrece un contenido único para un conocimiento profundo y detallado de la anatomía facial y de las técnicas de relleno, representando con ello una herramienta completa para que el dermatólogo pueda realizar los procedimientos de forma segura y eficaz, ya sea para restaurar surcos, líneas y volumen, rejuvenecer o incluso crear nuevos contornos y formas al rostro.

Organizado didácticamente en 19 capítulos, el *Atlas de anatomía y relleno global de la cara* cuenta con cerca de 500 figuras y un texto basado en la evidencia, elaborado por los reconocidos autores André Braz y Thais Sakuma. Las ilustraciones de anatomía corresponden a imágenes de cadáveres frescos, disecados por capas, desde la piel hasta la capa ósea, mostrando también las estructuras vasculares, con colores diferenciados para venas y arterias. Además, se muestran las técnicas de relleno descritas en la literatura para cada región de la cara, con aguja y/o cánula, así como la opinión de los autores sobre las más adecuadas según la seguridad del procedimiento y la naturalidad de los resultados.



Biblioteca digital

Con la compra de este libro, usted tendrá acceso a contenidos complementarios en línea (e-Book) y podrá disponer de su propia biblioteca digital, usando el código de acceso que está en el interior.

www.amolca.com

ISBN: 978-628-7528-00-0



9 786287 528000