

BLEFAROPLASTIA INFERIOR CON DECOLAMIENTO AMPLIADO DE COLGAJO DE PIEL Y PRESERVACIÓN DE LA INERVACIÓN ORBICULAR

LOWER BLEPHAROPLASTY WITH EXTENDED SKIN FLAP DECOLLATION AND PRESERVATION OF ORBICULAR INERVATIONS

Cesar Calderón Alfaro¹
Raúl Plasencia Salini²

Recibido: 25 de marzo del 2019
Aceptado: 01 de abril del 2019

RESUMEN

La blefaroplastia de párpado inferior es un excelente procedimiento para hacer frente a los cambios del envejecimiento de la región periorbitaria. En este artículo se detallará una técnica basada en el decolamiento ampliado del colgajo de piel y la mínima manipulación del músculo orbicular.

Palabras clave: Blefaroplastia, cirugía oculoplástica, envejecimiento.

ABSTRACT

Lower eyelid blepharoplasty is an excellent procedure for the treatment of the aging periorbita. In this review, we will describe a surgical technique based on an aggressive flap dissection and minimal manipulation of the orbicularis muscle.

Key words: Blepharoplasty, ophthalmic plastic surgery, aging.

1 Clínica La Luz, Lima

2 Instituto Cubano de Oftalmología Ramón Pando Ferrer, Cuba

INTRODUCCIÓN

Las blefaroplastias suponen entre 10-15% de las intervenciones realizadas en cirugía plástica general y asciende hasta un 50% si se considera exclusivamente la cirugía estética facial. Esto las convierte en uno de los procedimientos estéticos más comunes que se realizan hoy en día⁽¹⁾⁽²⁾. El envejecimiento de la región palpebral se caracteriza por la pérdida de elasticidad y tono debido a los cambios en la producción de colágeno y elastina tanto de la piel, el músculo y el tejido aledaño. En este caso existe, por lo general, una disparidad en la cantidad y laxitud entre estos componentes, lo cual genera un prolapso variable de la grasa orbital inferior⁽³⁾⁽⁴⁾. La blefaroplastia de párpado inferior es un excelente procedimiento para hacer frente a los cambios del envejecimiento de la región periorbitaria, y se basa en la eliminación quirúrgica del exceso de piel, la eliminación o reposición apropiada de grasa y la resección necesaria o no de una tira de músculo orbicular con objetivo funcional y estético⁽²⁾⁽⁵⁾⁽⁶⁾. Este artículo detallará una técnica de blefaroplastia inferior basada en el decolamiento ampliado de colgajo de piel, la resección de ésta, exéresis conservadora o reposición de grasa y mínima manipulación del músculo orbicular. Ésta técnica operatoria resulta ser práctica y con baja tasa de complicaciones para la gran mayoría de pacientes con envejecimiento de párpado inferior.

ANATOMÍA PALPEBRAL

Las capas del párpado inferior se dividen en una capa anterior y posterior llamadas laminillas, la lámina anterior incluye piel y músculo orbicular, y la lámina posterior incluye el tarso, sus anexos y la conjuntiva; ambas capas están divididas por el septum orbitario también llamado laminilla media⁽¹⁾⁽⁷⁾. El párpado inferior en su borde libre está reforzado por una densa banda de tejido conjuntivo, llamada *tarso* o *placa tarsal*, que tiene una altura aproximada de 4 a 6 mm, y está cubierta por el septum orbitario y músculo orbicular⁽⁸⁾. El músculo orbicular posee 3 porciones: la porción pretarsal, la porción preseptal y la porción orbital (Figura 1). A la altura de la porción preseptal se diferencia un contenido graso en profundidad al septum orbitario, distribuido en tres bolsas palpebrales: nasal, central y temporal.⁽⁸⁾⁽⁹⁾⁽¹⁰⁾

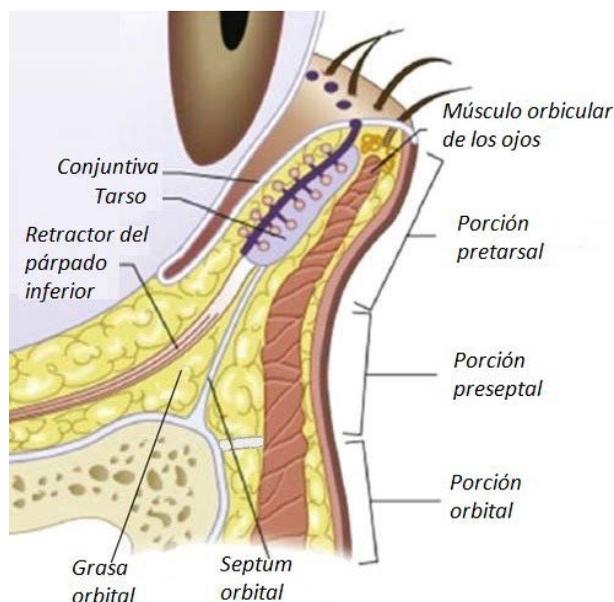


Figura 1. Anatomía del párpado inferior (Adaptada de Vivian et-al.,2015)(11).

Vascularización

La arteria carótida externa suministra irrigación superficial al párpado inferior a través de las arterias facial y angular. Estas se anastomosan con la arteria infraorbital, las cuales a la vez se anastomosan con ramas de la arteria facial transversa y la arteria cigomático facial que pertenece a la arteria temporal superficial; todas ellas se unen a una arcada marginal que se encuentra a 3 mm del margen del párpado inferior y anterior al tarso⁽⁹⁾ (Figura 2). Estas distintas anastomosis arteriales alcanzan progresivamente el plano subcutáneo y la dermis profunda, donde se anastomosan y forman un plexo subdérmico o intermedio que justifica la viabilidad del colgajo de piel del párpado inferior⁽⁸⁾.

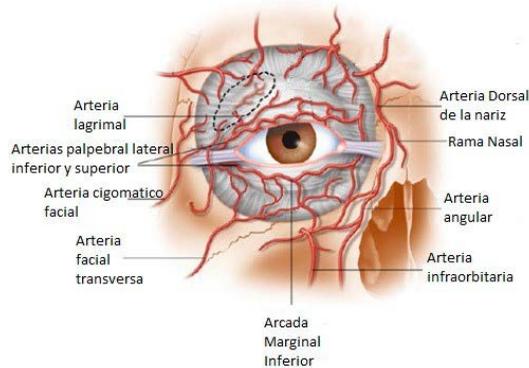


Figura 2. Vascularización superficial del párpado inferior (Adaptada de Hwang, 2008) (7).

Inervación

La porción medial del músculo orbicular de los párpados inferiores es inervada por una a dos ramas terminales de la rama bucal del nervio facial, y la parte central y lateral son inervadas por cinco a siete ramas terminales de las ramas cigomáticas del nervio facial que se acercan al músculo en un ángulo recto respecto a las fibras del músculo. La rama cigomática principal que inerva el músculo orbicular se encuentra en la llamada "zona crítica" delimitada por un círculo con un radio de 0,5 cm, y su centro se encuentra a 2,5 cm inferolateral (30 grados) desde el canto lateral^{(12)(13)(14) (15)} (Figura 3). Es muy importante entender la inervación motora del párpado inferior y la "zona crítica" para evitar el ectropión, *scleral show* o debilidad del párpado inferior postoperatorio como consecuencia de la parálisis del músculo orbicular de los ojos a causa de la sección o lesión de estos nervios durante las clásicas blefaroplastias inferiores, asociadas o no a otros procedimientos periorbitarios como relleno de grasa autóloga⁽¹⁶⁾.

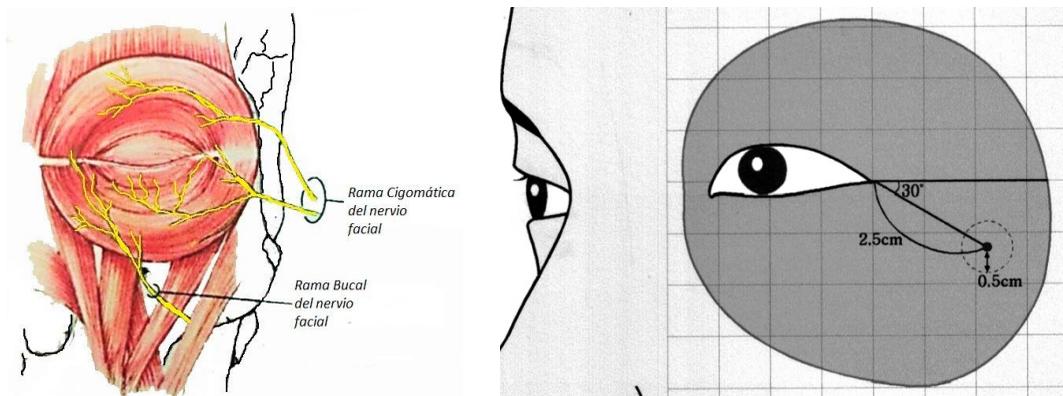


Figura 3. A. Inervación del músculo orbicular de los ojos por la rama cigomática y bucal del nervio facial (Adaptada de Nahai et al., 2008) B. Representación esquemática de la zona crítica que es delimitada por un círculo de 0,5 cm de radio (Por Hwang, 2010)

MATERIALES Y MÉTODOS

Planeamiento preoperatorio

Criterios de inclusión. 1. Pacientes con visible pseudoherniación de grasa orbital asociada a exceso de piel con presencia o no de laxitud del músculo orbicular, 2. Tono normal de ligamentos cantales del párpado inferior.

Criterios de exclusión. 1. Pacientes jóvenes con pseudoherniación de grasa orbital sin exceso de piel (candidatos abordaje tranconjuntival). 2. Previa cirugía de párpado inferior. 3. Historia clínica de trastornos de coagulación. 4. Antecedentes de toma de aspirina, AINES o medicación anticoagulante. 5. Hipertensión arterial o diabetes mellitus no controlada. 6. Enfermedades inflamatorias del párpado, antecedente de ojo seco, cirugía o tratamiento laser oftalmológico menor de 6 meses. 7. Fumadores crónicos⁽⁴⁷⁾.

Evaluación

Se evalúan los cambios propios del envejecimiento del párpado inferior con el fin de detectar la presencia de hiperactividad del músculo orbicular, el grado de redundancia de piel, la grasa orbital, la laxitud, el tono del músculo orbicular y la presencia o ausencia de hendidura nasoyugal.

Marcación

Se realiza una marcación con plumón permanente de los puntos a tratar, la línea de incisión se marca a 2 o 3 mm inferior a la implantación ciliar del párpado inferior, el largo de dicha marcación se determina por el estimado de exceso de piel y se realiza a nivel del canto medial al canto lateral y es extendido de 0,7 a 1,2 cm lateralmente dentro de una rílide.

Técnica anestésica

Se realiza bajo sedación asociada a anestesia local. Dicha anestesia local se realiza con una infiltración subcutánea del párpado inferior y bloqueo del nervio infraorbitario con una solución preparada para dicho fin (Cuadro 1). Se espera aproximadamente 10 minutos para el efecto anestésico y vasoconstrictor.

Cuadro 1. Solución anestésica local para blefaroplastia

Componente	Volumen(cm ³)
Cloruro de sodio al 0.9%	80
Epinefrina 1mg/ml	0.5
Lidocaina 2%	10
Bicarbonato de Sodio 8.4%	5

Técnica quirúrgica

Se hace la incisión de la piel del párpado inferior sin comprometer el músculo orbicular. Se realiza el decolamiento de la piel asociada a su plexo vascular con tijeras Westcott respetando la integridad del músculo y extendiéndose inferiormente justo debajo de la ubicación de la pseudoherniación de la grasa orbital inferior (Figura 4). Se hace hemostasia prolija antes de realizar una o dos incisiones de 0,5 cm del músculo orbicular en su porción preseptal a nivel de la pseudoherniación de grasa orbital central. Por esta incisión con ayuda de una pinza mosquito y pequeños separadores se incide el septum orbicular y se retira o reposiciona el exceso de grasa orbital en los casos requeridos (Figura 5). Se extrae excepcionalmente una pequeña tira de músculo orbicular de la región preseptal en casos de gran laxitud del músculo.

Se pide a la paciente que realice una apertura bucal amplia, se estira la piel sobre el borde palpebral y se corta el exceso de piel exactamente al nivel de la incisión. Se realiza la sutura de los bordes de piel con puntos separados y Nylon 6.0. (Figura 6 y 7) (Ver video que muestra en forma resumida la técnica quirúrgica básica en <https://www.youtube.com/watch?v=RUObNP7oTKE>)

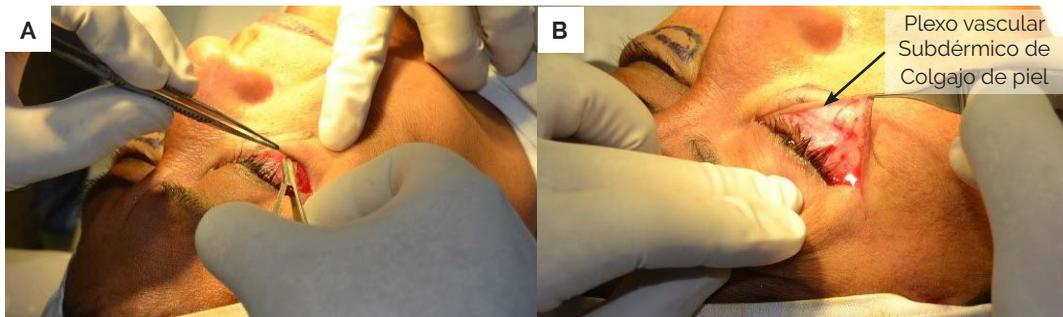


Figura 4. A. Decolamiento de la piel de párpado inferior. **B.** Visibilidad de plexo subdérmico del colgajo de piel. Flecha. Plexo vascular subdérmico de colgajo de piel

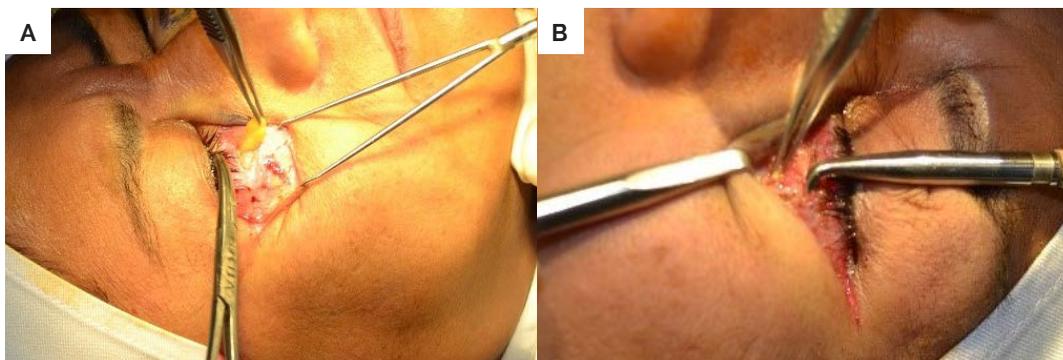


Figura 5. A. Incisión conservadora de músculo orbicular en su porción central y exposición de grasa orbital. **B.** Reposicionamiento de grasa orbital inferior.

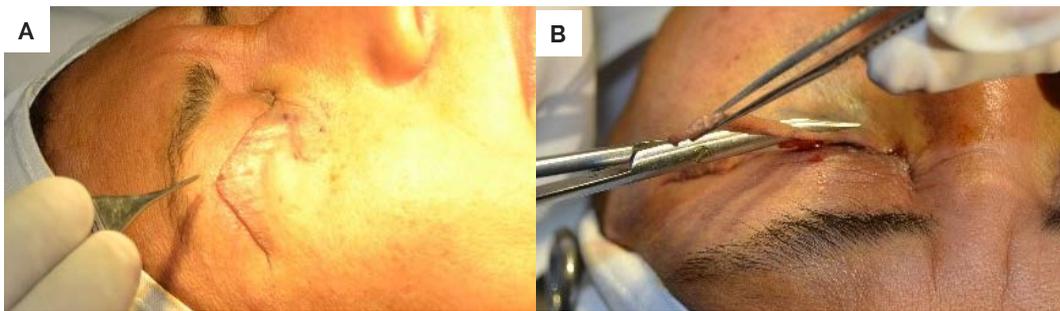


Figura 6. A. Determinación de la cantidad de exceso de piel del párpado inferior.
B. Resección del exceso de piel del área palpebral inferior.



Figura 7. Sutura de la piel del párpado inferior.

CUIDADOS POSTOPERATORIOS

Se realiza un vendaje suave de gasas humedecidas en suero fisiológico, el paciente se mantiene en observación y es monitorizado por dos horas. Se brinda el alta previo control de sangrado y agudeza visual. Se indica medicación analgésica, antibiótica y el retiro de los vendajes en 12 horas. Visita al consultorio a las 24 horas y retiro de puntos a los cinco días.

RESULTADOS

Desde noviembre del 2012 a octubre del 2015, 70 personas de edades entre 37 y 76 años se realizaron blefaroplastia inferior bilateral, de las cuales 20 fueron hombres y 50 fueron mujeres, además 47 de los pacientes se realizó solo blefaroplastia inferior y 23 blefaroplastia inferior asociado a otros procedimientos de rejuvenecimiento como blefaroplastia superior, tracción frontal, lifting lateral de cejas, lifting facial y rejuvenecimiento facial con relleno de grasa autóloga. Este último es el procedimiento más común (Ver tabla I). Además se evaluó el grado de satisfacción de los pacientes a los 3 meses postoperatorios a través de un interrogatorio en el cual se les da la posibilidad de elegir entre 4 opciones (excelente, bueno, regular y pobre). El 41.4% manifestaron que el resultado fue excelente, 51.4% bueno, 4.3% regular y 2.9% pobre.

TABLA 1. Relacion de pacientes que se realizo blefaroplastia.

Nro.	Paciente	Edad	Sexo	Procedimiento Quirúrgico	Fecha de Cirugía	Grado de satisfacción
01	BLH	44	M	BLEFAROPLASTIA INFERIOR	30.11.12	BUENO
02	RAM	46	F	BLEFAROPLASTIA INFERIOR	27.12.12	EXCELENTE
03	VMF	57	F	BLEFAROPLASTIA INFERIOR	20.12.12	BUENO
04	AJE	44	F	BLEFAROPLASTIA INFERIOR	07.08.12	BUENO
05	MNE	66	F	BLEFAROPLASTIA INFERIOR Y SUPERIOR , AUTOINJERTO GRASO	19.09.12	EXCELENTE
06	SVA	50	M	BLEFAROPLASTIA INFERIOR	05.01.13	EXCELENTE
07	VIS	50	M	BLEFAROPLASTIA INFERIOR Y SUPERIOR	16.01.13	BUENO
08	GAJ	38	F	BLEFAROPLASTIA INFERIOR	16.03.13	EXCELENTE
09	AGA	38	M	BLEFAROPLASTIA INFERIOR	16.03.13	BUENO
10	MQM	41	F	BLEFAROPLASTIA INFERIOR	20.04.13	BUENO
11	AMD	59	F	BLEFAROPLASTIA INFERIOR Y AUTOINJERTO GRASO	03.05.13	BUENO
12	POJ	50	M	BLEFAROPLASTIA INFERIOR Y AUTOINJERTO GRASO	03.05.13	BUENO
13	LRJ	50	F	BLEFAROPLASTIA INFERIOR	11.05.13	BUENO
14	GSD	46	F	BLEFAROPLASTIA INFERIOR	22.05.13	EXCELENTE
15	AMB	54	F	BLEFAROPLASTIA INFERIOR + LIFTING ANTERIOR	24.05.13	EXCELENTE
16	OGY	51	F	BLEFAROPLASTIA INFERIOR	09.06.13	BUENO
17	AMG	56	F	BLEFAROPLASTIA INFERIOR Y SUPERIOR	18.07.13	BUENO
18	BCR	37	F	BLEFAROPLASTIA INFERIOR	20.07.13	BUENO
19	MAO	49	F	BLEFAROPLASTIA INFERIOR	25.07.13	EXCELENTE
20	MVF	55	F	BLEFAROPLASTIA INFERIOR Y AUTOINJERTO GRASO	01.08.13	EXCELENTE
21	QUP	37	F	BLEFAROPLASTIA INFERIOR	03.08.13	BUENO
22	LGD	44	F	BLEFAROPLASTIA INFERIOR	07.08.13	EXCELENTE
23	SMF	53	F	BLEFAROPLASTIA INFERIOR	26.07.13	BUENO
24	LMJ	51	M	BLEFAROPLASTIA INFERIOR Y LIFTING FACIAL + AUTOINJERTO GRASO	29.08.13	BUENO
25	CQP	47	F	BLEFAROPLASTIA INFERIOR	09.09.13	REGULAR
26	GSI	57	M	BLEFAROPLASTIA INFERIOR Y SUPERIOR	06.10.13	EXCELENTE
27	GMM	41	F	BLEFAROPLASTIA INFERIOR	13.10.13	EXCELENTE

28	FCB	45	F	BLEFAROPLASTIA INFERIOR	16.10.13	EXCELENTE
29	PMO	39	F	BLEFAROPLASTIA INFERIOR	19.10.13	BUENO
30	AGC	50	F	BLEFAROPLASTIA INFERIOR	07.12.13	BUENO
31	AAF	57	M	BLEFAROPLASTIA INFERIOR + AUTOINJERTO GRASO	07.12.13	EXCELENTE
32	EBH	76	F	BLEFAROPLASTIA INFERIOR Y SUPERIOR Y LIFTING FACIAL	05.01.14	BUENO
33	JTM	58	F	BLEFAROPLASTIA INFERIOR + AUTOINJERTO GRASO	06.02.14	BUENO
34	CPM	54	M	BLEFAROPLASTIA INFERIOR, SUPERIOR Y LIFTING FACIAL	28.02.14	BUENO
35	AVM	46	F	BLEFAROPLASTIA INFERIOR	28.02.14	EXCELENTE
36	MTL	43	F	BLEFAROPLASTIA INFERIOR	01.03.14	EXCELENTE
37	RAM	50	M	BLEFAROPLASTIA INFERIOR	15.03.14	BUENO
38	QSN	49	F	BLEFAROPLASTIA INFERIOR	18.04.14	EXCELENTE
39	CCR	49	F	BLEFAROPLASTIA INFERIOR Y LIFTING FACIAL	24.05.14	BUENO
40	LOR	49	M	BLEFAROPLASTIA INFERIOR	27.06.14	EXCELENTE
41	CPG	49	F	BLEFAROPLASTIA INFERIOR	09.08.14	EXCELENTE
42	ARD	42	F	BLEFAROPLASTIA INFERIOR	09.08.14	BUENO
43	TPT	61	F	BLEFAROPLASTIA INFERIOR	13.09.14	BUENO
44	CTR	46	F	BLEFAROPLASTIA INFERIOR	13.10.14	REGULAR
45	LAM	50	F	BLEFAROPLASTIA INFERIOR Y AUTOINJERTO GRASO	17.10.14	EXCELENTE
46	BGA	60	M	BLEFAROPLASTIA INFERIOR Y SUPERIOR	18.10.14	BUENO
47	MCC	45	F	BLEFAROPLASTIA INFERIOR	04.11.14	BUENO
48	CL	67	F	BLEFAROPLASTIA INFERIOR Y SUPERIOR + INJERTO GRASO	13.12.14	BUENO
49	ZIM	45	F	BLEFAROPLASTIA INFERIOR	29.12.14	BUENO
50	CLI	43	M	BLEFAROPLASTIA INFERIOR	14.01.15	EXCELENTE
51	GP	56	M	BLEFAROPLASTIA INFERIOR + LIFTING LATERAL	14.01.15	EXCELENTE
52	FSM	40	F	BLEFAROPLASTIA INFERIOR	16.01.15	BUENO
53	TSM	48	F	BLEFAROPLASTIA INFERIOR	21.01.15	BUENO
54	RPL	54	M	BLEFAROPLASTIA INFERIOR	11.02.15	BUENO
55	AVM	63	F	BLEFAROPLASTIA INFERIOR Y SUPERIOR + AUTOINJERTO GRASO	13.02.15	BUENO
56	PAJ	53	F	BLEFAROPLASTIA INFERIOR	21.02.15	POBRE
57	ZCJ	46	M	BLEFAROPLASTIA INFERIOR	04.03.15	BUENO

58	LSJ	51	M	BLEFAROPLASTIA INFERIOR	12.03.15	BUENO
59	MPR	53	F	BLEFAROPLASTIA INFERIOR	16.03.15	REGULAR
60	HPC	57	F	BLEFAROPLASTIA INFERIOR	14.04.15	EXCELENTE
61	PCJ	49	F	BLEFAROPLASTIA INFERIOR	19.05.15	EXCELENTE
62	ELE	54	M	BLEFAROPLASTIA INFEIOR,	03.06.15	EXCELENTE
63	VML	47	F	SUPERIOR Y AUTOINJERTO GRASO		
64	NPL	56	F	BLEFAROPLASTIA INFERIOR	16.06.15	ESCELENTE
65	MSA	63	M	BLEFAROPLASTIA INFERIOR	16.07.15	BUENO
66	PTN	59	F	BLEFAROPLASTIA INFERIOR Y SUPERIOR	06.08.15	BUENO
67	PHD	45	F	BLEFAROPLASTIA INFERIOR,	18.08.15	BUENO
68	BA	59	F	LIFTING LATERAL + AUTOINJERTO GRASO		
69	QCR	45	F	BLEFAROPLASTIA INFERIOR	18.08.15	POBRE
70	AVC	62	F	BLEFAROPLASTIA INFERIOR	14.09.15	EXCELENTE
				BLEFAROPLASTIA INFERIOR	28.09.15	EXCELENTE
				BLEFAROPLASTIA INFERIOR + AUTOINJERTO GRASO	26.10.15	BUENO

REPORTE DE ALGUNOS CASOS

CASO 1

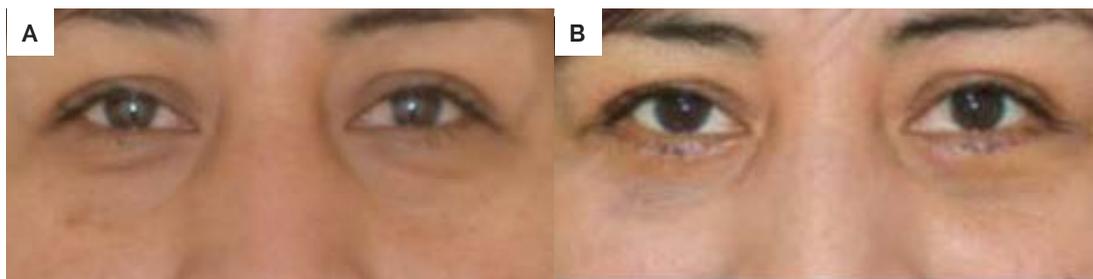


Figura 8. A. Paciente de 48 años de edad con hiperactividad de músculo orbicular de los ojos, gran laxitud de piel y leve herniación de bolsa palpebral media bilateral. **B.** Postoperatorio de una semana.

CASO 2



Figura 9. **A.** Paciente de 50 años edad con marcación preoperatoria. **B.** Paciente a los tres meses postoperatorio. **C.** Foto de frente preoperatoria. **D.** Postoperatorio de tres años. **E.** Paciente semiperfil preoperatorio. **F.** Semiperfil postoperatorio a tres años. **G.** Perfil preoperatorio. **H.** Perfil postoperatorio a tres años.

CASO 3



Figura 10. **A.** Paciente varón de 49 años de edad con pseudohermiación de grasa orbital inferior moderada con exceso de piel y buen tono de músculo orbicular. **B.** Postoperatorio a tres meses de blefaroplastia inferior y rejuvenecimiento facial con relleno de grasa autóloga en hendidura nasoyugal, región glabellar, y surcos nasogenianos.

CASO 4

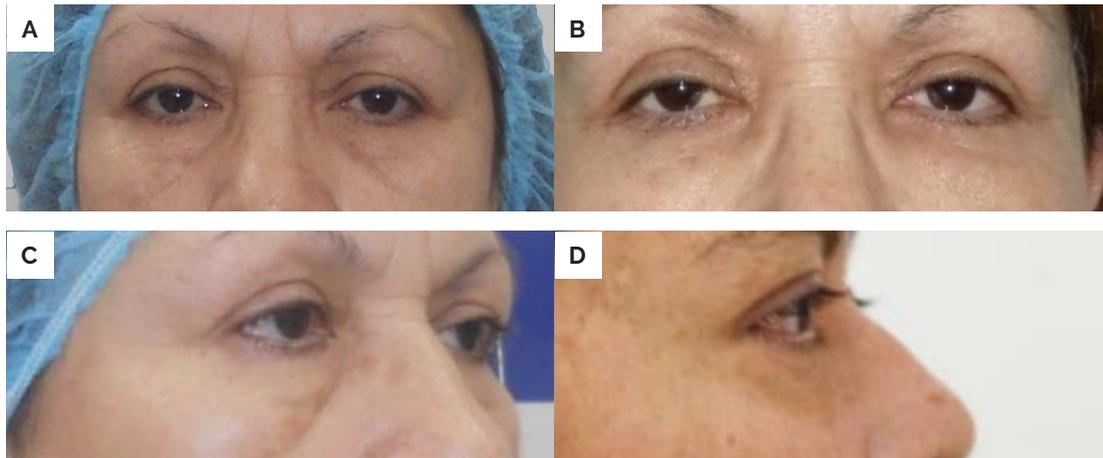


Figura 11. A. Paciente de 57 años de edad con pseudoherniación de grasa orbital, exceso de piel, laxitud moderada de músculo orbicular y presencia de hendidura nasoyugal. B. Postoperatorio de 6 meses de blefaroplastia inferior con reposición de grasa orbital. C. Paciente en semiperfil preoperatorio. D. Paciente en semiperfil postoperatorio a 6 meses.

CASO 5

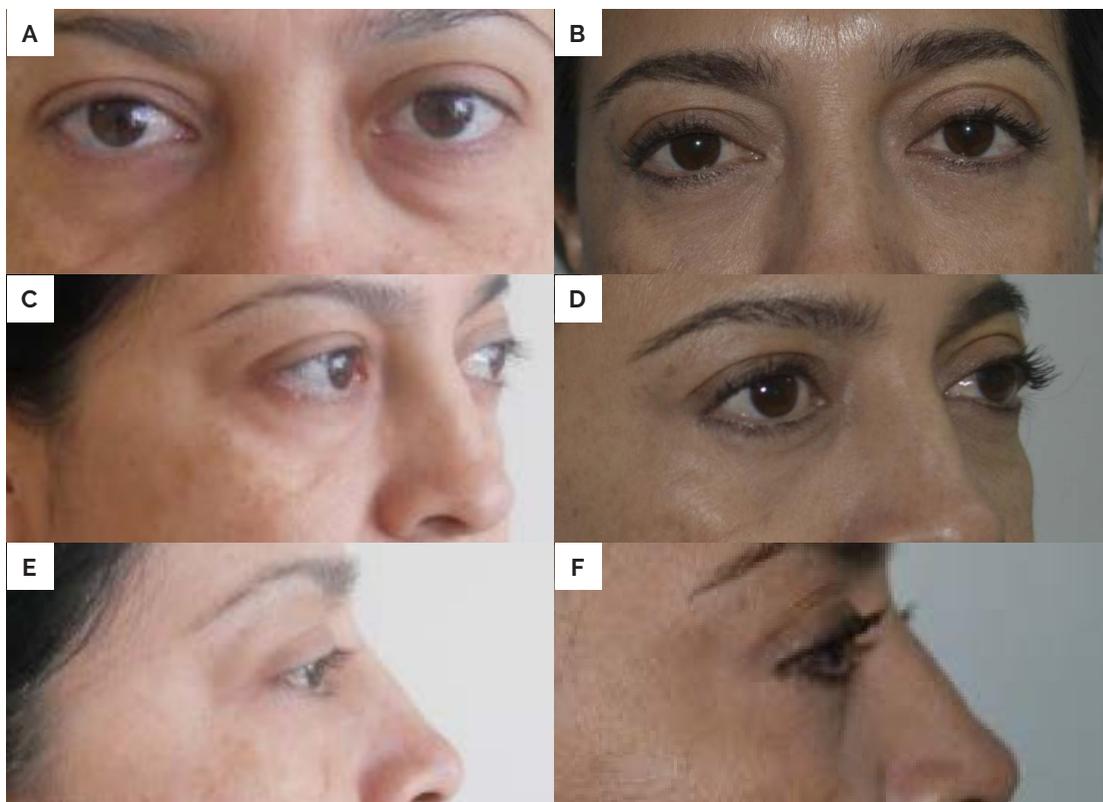


Figura 12. A. Preoperatorio de paciente de 46 años de edad con pseudoherniación de grasa orbital y exceso de piel. B. Postoperatorio a 3 años de blefaroplastia inferior. C. Paciente en semiperfil preoperatorio. D. Paciente en semiperfil postoperatorio a 3 años de blefaroplastia inferior. E. Paciente de perfil preoperatorio. F. Paciente en perfil postoperatorio a 3 años de blefaroplastia inferior.

COMPLICACIONES

Hubo 4.2% de complicaciones menores con la aplicación de esta técnica, entre ellas un caso de scleral show leve bilateral que remitió espontáneamente después de 7 semanas, un caso de ectropion unilateral que remitió en 4 semanas y un caso de hematoma palpebral subcutáneo que se resolvió por revisión quirúrgica a las 24 horas postoperatorias (Figura 13 y 14). Cabe recalcar que no se tuvo ningún caso de complicación mayor o permanente.



Figura 13. **A.** Paciente de 46 años con evidente pseudohermiación de grasa orbital, exceso de piel de párpado inferior y buen tono muscular. **B.** Paciente después de dos semanas postoperatorias de blefaroplastia inferior, se evidencia la presencia de leve scleral show de ojo izquierdo que remitió espontáneamente a las 7 semanas postoperatorias.

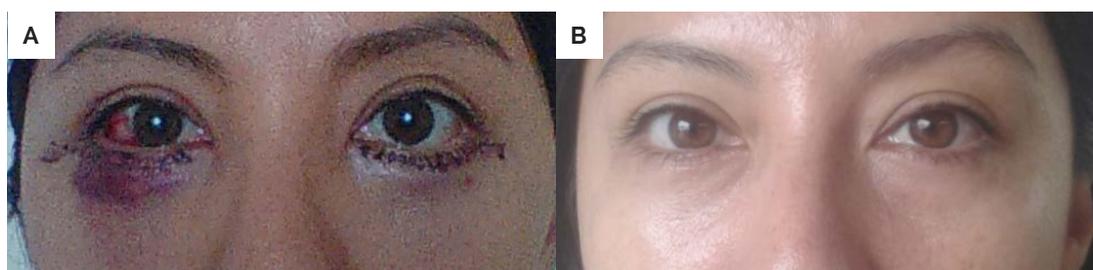


Figura 14. **A.** Paciente de 40 años edad con hematoma palpebral subcutáneo post blefaroplastia de párpado inferior que se resolvió mediante revisión quirúrgica a las 24 horas postoperatorias. **B.** Paciente a los 5 meses postoperatorios.

DISCUSIÓN

Las clásicas blefaroplastias inferiores generalmente involucran un colgajo de piel y músculo para corregir las alteraciones del párpado inferior⁽¹⁰⁾⁽¹⁸⁾. Las deformidades del párpado inferior producto del envejecimiento, sin embargo, involucran alteraciones en la piel, músculo y grasa orbital inferior en diferentes proporciones entre ellas⁽⁴⁾. Estas clásicas blefaroplastias no pueden tratar individualmente estas estructuras, además provocan grandes alteraciones en la fisiología del músculo orbicular debido a que sus incisiones transgreden reparos anatómicos de carácter funcional como la porción pretarsal del músculo orbicular. Esta porción es importante en el bombeo del sistema lacrimal y la sección de las ramas cigomáticas y las ramas bucales del nervio facial en la inervación de dicho músculo (Figura 15), predisponiendo a la cicatrización de la lámina anterior, retracción del párpado, lagofthalmos y ectropión⁽¹⁴⁾⁽¹⁹⁾⁽¹⁵⁾⁽²⁰⁾. Nuestra técnica de blefaroplastia inferior con decolamiento ampliado de colgajo de piel y preservación de la inervación orbicular nos representa un avance en el concepto de la blefaroplastia inferior en relación a su capacidad para tratar individualmente el envejecimiento de las estructuras del párpado inferior en sus diferentes proporciones y respetando la anatomía y función del músculo. Esta técnica tiene la ventaja de realizar mayores resecciones de piel, exacta exéresis o reposicionamiento de grasa orbital, baja tasa de complicaciones y gran satisfacción del paciente.

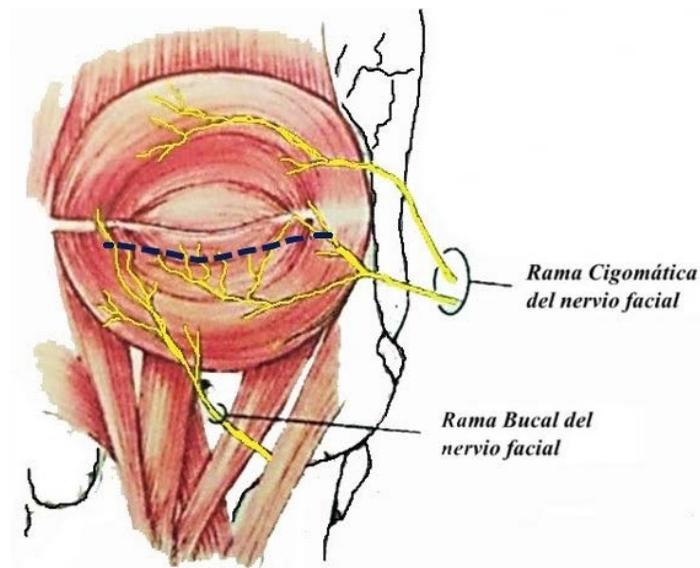


Figura 15. Transgresión de ramas cigomáticas y ramas bucales del nervio facial (Adaptada de Nahai et al., 2008).

La mayor cantidad de resección de piel del párpado inferior con esta técnica se debe a que se realiza un decolamiento amplio de colgajo de piel gracias a su gran vascularización a través de su plexo subdérmico. En nuestra casuística no se tuvo ningún grado de sufrimiento del colgajo a pesar de este amplio decolamiento. La incisión de 0,5 cm que se realiza al músculo orbicular en su porción preseptal no compromete la mayor cantidad de ramas cigomáticas y bucales del nervio facial conservando así la función y tonicidad de dicho músculo⁽¹²⁾⁽¹³⁾⁽¹⁴⁾. Esta incisión es suficiente para realizar nuestro planeamiento sobre los tres compartimientos de la grasa orbital del párpado inferior. Estas maniobras quirúrgicas nos permiten actuar sobre los dos principales componentes del envejecimiento del párpado inferior que son el exceso de piel y pseudoherniación de la grasa orbital. Esta actuación se ve reflejada por el grado de satisfacción de los pacientes⁽²¹⁾. Si bien la tasa de complicaciones fue mínima con esta técnica, no estuvo exenta de estas, pues entre ellas hubo un caso de scleral show que se debió a una resección excesiva de piel propia de la inexperiencia al inicio de la aplicación de dicha técnica. La otra complicación fue un ectropión unilateral izquierdo que coincidió con el relleno de grasa autóloga en la misma mejilla, la cual se debió a una probable manipulación de la rama cigomática principal en la zona crítica. Finalmente, un caso de hematoma subdérmico que se debió a escasa hemostasia antes del cierre operatorio.

Esta técnica tiene algunas ventajas incidentales como atenuar la presencia de festones y rejuvenecer las mejillas, pero enfatizamos que este efecto es incidental, por lo que se debería evitar un exceso de entusiasmo en el intento de corregir el envejecimiento debido a que este procedimiento se realizaría a costa de mayor resección de colgajo de piel que podría producir scleral show o ectropión. Si bien esta técnica tiene múltiples ventajas, la desventaja es la difícil y tediosa disección que ocasionalmente podría producir una leve pigmentación de la piel del párpado inferior.

BIBLIOGRAFÍA

1. Socorro M, Pamas J, Gonzales J, Moreno JC, Burgueño M. Blefaroplastia. *Secom*. 2014;1:793-804.
2. Zoumalan CI, Roostaeian J. Simplifying Blepharoplasty. *Plast Reconstr Surg*. 2016;137(1):196e - 213e.
3. Subramanian N. Blepharoplasty. *Indian J Plast Surg Off Publ Assoc Plast Surg India*. 2008;41:S88-92.
4. Abramo AC, Viola JC. Lower blepharoplasty: partially joined skin and muscle flaps. *Aesthetic Plast Surg*. 1993;17(4):283-6.
5. Bassichis BA. Lower-lid blepharoplasty. *Oper Tech Otolaryngol-Head Neck Surg*. 2007;18(3):209-16.
6. Wagner A, Chaput B, Garrido I, Jalbert F, Grolleau J-L, Chavoin J-P. Cirugía estética de los párpados. *EMC - Cir Plástica Reparadora Estética*. 2013;21(1):1-10.
7. Tan KS, Sang-Rog O, Priel A, Korn BS, Kikkawa DO. Surgical Anatomy of the Forehead, Eyelids, and Midface for the Aesthetic Surgeon. En: *Master Techniques in Blepharoplasty and Periorbital Rejuvenation*. Springer New York; 2011. p. 11-24.
8. Otero TG, Morán M, López-Arcas J. Anatomía de la región facial. Irrigación de los planos superficiales. Inervación sensitivomotora. En: Garcia EG, editor. *Atlas de colgajos locales en la reconstrucción de cabeza y cuello*. Madrid-España: Elsevier; 2007. p. 1-29.
9. Jaeger EA, Tasman W. *Duane's Ophthalmology*. Vol. 5. Lippincott Williams & Wilkins; 2012.
10. Aston SJ. Skin-muscle flap lower lid blepharoplasty: an easier dissection. *Aesthetic Plast Surg*. 1982;6(4):217-9.
11. Yin VT, Chou E, Nakra T. The Transeyelid Midface Lift. *Clin Plast Surg*. 2015;42(1):95-101.
12. Hwang K. Surgical anatomy of the lower eyelid relating to lower blepharoplasty. *Anat Cell Biol*. 2010;43(1):15-24.
13. Hwang K, Lee DK, Lee EJ, Chung IH, Lee SI. Innervation of the lower eyelid in relation to blepharoplasty and midface lift: clinical observation and cadaveric study. *Ann Plast Surg*. 2001;47(1):1-5.
14. Massiha H. Combined skin and skin-muscle flap technique in lower blepharoplasty: a 10-year experience. *Ann Plast Surg*. 1990;25(6):467-76.
15. Ramirez OM, Santamarina R. Spatial orientation of motor innervation to the lower orbicularis oculi muscle. *Aesthet Surg J*. 2000;20(2):107-13.
16. Coleman SR. Structural fat grafts: the ideal filler? *Clin Plast Surg*. 2001;28(1):111-9.
17. Wattanakrai K, Chiemchaisri N, Wattanakrai P. The periosteal pulley technique for orbital fat realignment and correction of nasojugal groove in lower lid blepharoplasty. *J Plast Reconstr Aesthetic Surg JPRAS*. 2014;67(4):513-9.
18. Loeb R. Necessity for partial resection of the orbicularis oculi muscle in blepharoplasties in some young patients. *Plast Reconstr Surg*. 1977;60(2):176-8.
19. Nahai F, Saltz R. *Endoscopic Plastic Surgery*. 2.a ed. CRC Press; 2008.
20. Millman AL, Williams JD, Romo T, Taggart N. Septal-myocutaneous flap technique for lower lid blepharoplasty. *Ophthal Plast Reconstr Surg*. 1997;13(2):84-9.
21. Klatsky SA, Manson PN. Separate skin and muscle flaps in lower-lid blepharoplasty. *Plast Reconstr Surg*. 1981;67(2):151-6.