

Società Italiana Di Chirurgia Plastica Ricostruttiva Ed Estetica

46. Congresso- Venezia 30 settembre - 3 ottobre 1997

Lifting del sopracciglio con filo. Tecnica senza scollamento usando minime incisioni

Autores: Vincenzo Colabianchi, Antonio Carmo Graziosi, Sandra M. C. Beer

Introduzione

La caduta del sopracciglio, soprattutto nella porzione laterale, può trovarsi anche nelle teen-ager, causando l'effetto di un aspetto triste (1), ciò causa un eccesso cutaneo nella palpebra superiore ed un impoverimento delle qualità estetiche della regione orbitale.

Sono molte le tecniche descritte per sollevare il sopracciglio. Tra queste, quelle nelle quali si pratica un accesso coronale con scollamento dei tessuti a vari livelli (sottocutaneo, subgalico e sottoperiostale) (2), sono basate sulla trazione e resezione del cuoio capelluto. Usando piccole incisioni la chirurgia endoscopica (3, 4) si basa sulla resezione dei muscoli antagonisti del muscolo frontale facilitando l'innalzamento del sopracciglio e fissando quest'ultimo con varie metodiche nella posizione "ideale".

Un'altra alternativa è l'incisione dell'area frontale con resezione cutanea a livello della linea anteriore dei capelli, della regione medio-frontale o delle aree al di sopra del sopracciglio (5, 6). Attraverso l'incisione di una blefaroplastica superiore è possibile effettuare il lifting del sopracciglio fissando quest'ultimo al periostio della regione orbitaria (7-10). Infine è anche possibile sollevare l'area sopraccigliare e ancorarla mediante fili chirurgici (11).

La nostra tecnica è inclusa in questo ultimo gruppo ed ha l'obiettivo di offrire una semplice procedura che può essere usata da sola o come complemento alla blefaroplastica e che evita gli svantaggi degli interventi più invasivi.

La principale differenza è di sfruttare un nuovo concetto di scivolamento del sopracciglio sopra piani profondi senza la necessità di scollamento.

In questo articolo viene fatto un raffronto fra il nostro studio anatomico e quello recentemente effettuato da Knize (12).

Casistica e metodi

Il gruppo studiato è stato di dieci pazienti con età dai 47 ai 62 anni (età media 57,7 anni) di cui otto femmine e due maschi. Il follow-up è stato compreso tra i 6 e 25 mesi.

Il lifting del sopracciglio è stato effettuato con filo di nylon in 3 pazienti e un filo di cotone in 7 pazienti. In 3 pazienti abbiamo effettuato un ancoraggio della porzione laterale del sopracciglio, in 2 un sollevamento dell'area mediale e in 5 l'innalzamento sia del segmento laterale che mediale.

a) Programma chirurgico Prima dell'intervento è stato valutato il tipo di alterazione esistente del sopracciglio osservando la sua altezza in relazione al contorno superiore dell'orbita, (nelle donne il sopracciglio è localizzato al di sopra del margine orbitario, nei maschi è alla stessa altezza), la sua conformazione come pure le asimmetrie o eccesso di pelle nella regione frontale. Basandosi su questa diagnosi per ogni paziente è stato fatto un programma di sollevamento del sopracciglio della porzione mediale, laterale o di entrambe.

b) Tecnica chirurgica

Il paziente è stato messo in decubito dorsale con la schiena sollevata di 40° per facilitare l'introduzione della guida del filo e per meglio valutare il sollevamento del sopracciglio. Tutti gli interventi sono stati effettuati in anestesia locale.

A secondo del programma chirurgico sono state praticate 4 o 6 incisioni di 2 mm. di lunghezza con la lama n. 11 nella regione fronto-temporale del cuoio capelluto, 2 cm. al di dietro della linea anteriore dei capelli. Queste incisioni sono state approfondite fino al periostio. Una speciale guida per il filo creata dagli autori (**foto 1**) è stata poi introdotta fino sul piano subgalico (**foto 2**) e spinta poi fino al margine superiore del sopracciglio dove è stata fatta fuoriuscire attraverso una incisione cutanea di 1 mm di lunghezza. L'ancoraggio del sopracciglio è stato fatto passando il filo trasversalmente usando un ago di 4x12 (**foto 3**). Il filo è stato poi riportato fino al cuoio capelluto ed è stato annodato creando un rettangolo (**foto 4**).

La trazione è stata regolata secondo la valutazione clinica fatta prima dell'intervento come pure dalla sensibilità del chirurgo durante l'atto operatorio (generalmente è stata fatta una ipercorrezione). Le incisioni sono state suturate con un filo di nylon 6.0 ed una medicazione compressiva è stata lasciata per 24 ore.



Foto 1 - Introduzione del filo per mezzo di una speciale guida

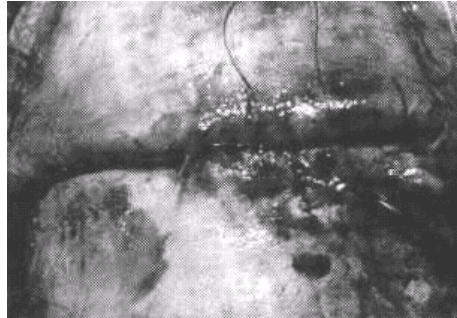


Foto 2 - Dissezione di un cadavere fresco: si osserva il piano chirurgico della traiettoria del filo

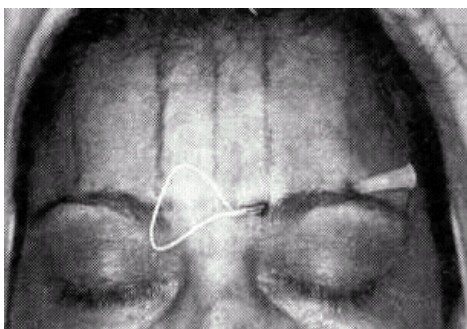


Foto 3 - L'ancoraggio del sopracciglio è fatto passando il filo trasversalmente usando un ago di 4x12



Foto 4 - Traiettorie del filo nel lifting mediale e laterale

Risultati

Per valutare i risultati sono state comparate le distanze, pre e post-operatorio, tra il margine inferiore del sopracciglio e gli angoli interni ed esterni dell'occhio.

E stato poi riempito un questionario con 10 domande. Ogni paziente è stato separatamente interrogato da 5 medici. La tabella 1 riporta la valutazione fatta dai medici e dai pazienti la tabella 2 mostra invece dei criteri soggettivi riferiti dai pazienti.

Tab. 1- Valutazione fatta da medici e pazienti

		Buono	Regolare	Insuff.
01-	Miglioramento della posizione del sopracciglio	4	3	3
02-	Riduzione dell'eccesso cutaneo della palpebra superiore	4	3	3
03-	Naturalezza della forma del sopracciglio	10	0	0
04-	Qualità della cicatrice	10	0	0
05-	Resultati Finali	4	6	0

Tab. 2- Valutazione fatta solo da pazienti

		Buono	Regolare	Insuff.
01-	Miglioramento della regione temporale del campo visivo*	8	-	-
02-	Valutazione del comfort intraoperatorio (dolore, etc.)	5	5	0
03-	Problemi post-operatorio**	3	2	5
04-	Raccomandabilità ad altri pazienti	10	-	-
05-	Opinioni di parenti ed amici	9	1	0

* 2 pazienti non avevano difficoltà visive

** pazienti hanno avuto dolore dopo l'intervento per un periodo di circa 3 settimane

Discussione

Questa tecnica è basata sull'esperienza degli autori per la correzione statica della ptosi palpebrale. Molti studi sulla ptosi del sopracciglio sono già stati pubblicati presentando differenti tecniche e sono stati fatti anche alcuni studi anatomici per meglio capire la caduta del sopracciglio. La molteplicità dei metodi del trattamento indica il grande interesse per l'argomento.

Tra tali metodi l'incisione coronale è stata quella più frequentemente usata. Psillakis (2) riporta buoni risultati in un follow-up di 5 anni in pazienti nei quali ha usato una incisione coronale e uno scollamento subperiostale. Comunque molti pazienti non accettano questo intervento aggressivo come complemento ad una blefaroplastica. I vantaggi dell'incisione coronale sono: la possibilità di un trattamento diretto delle rughe locali, un'accurata emostasi, la possibilità di intervenire sulle parti ossee e l'asportazione dei tessuti in eccesso.

Gli svantaggi sono la perdita della sensibilità del cuoio capelluto, la possibilità di alopecia nella linea di incisione, una lunga cicatrice, un ampio scollamento della regione frontale ed infine la limitazione della tecnica in pazienti con fronte alta e capelli radi. Le incisioni cutanee nella regione frontale (5, 6) sono più indicate nei pazienti in età avanzata. Il grande svantaggio di questa tecnica è l'esistenza di una cicatrice che a volte è di cattiva qualità. Spesso sono possibili recidive di ptosi a tale tecnica.

L'efficacia dei recenti metodi endoscopici lasciano tutt'oggi aperto il dibattito sulla validità di una tecnica capace di stabilizzare il risultato ottenuto. Il lifting del sopracciglio con filo chirurgico è supportato da interessanti e approfonditi studi anatomici (12) che mettono in evidenza un nuovo concetto di usare un piano di scivolamento del sopracciglio su tessuti molli senza la necessità di scollamento.

La trazione è effettuata verticalmente e la pelle è distribuita nell'area compresa tra il sopracciglio ed il cuoio capelluto. Questa tecnica presenta i seguenti vantaggi:



Foto 5: Pre e post-operatorio a 25 mesi

- a). incisioni minime;
- b) mancanza di scollamento (eccetto che per il tunnel di passaggio per il filo-guida);
- c) semplicità dell'intervento che può essere effettuato in anestesia locale ;
- d) inalterazione della mimica;
- e) possibilità di correzione di asimmetrie;
- f) basso costo del materiale;
- g) buona accettazione da parte del paziente nel quale le cicatrici residue sono

imperceptíveis;

h) possibilidade de retornar à situação original com a sola remoção do fio de ancoragem.

Gli svantaggi sono invece i seguenti:

a) a ptosi può recidivare a vari livelli;

b) in pazienti in età avanzata la distribuzione dell'eccesso cutaneo può costituire una difficoltà;

c) le rughe frontali non possono essere trattate;

d) le incisioni, benché minime ed impercettibili, rimangono in prossimità del sopracciglio;

e) la conformazione dell'arco sopracciliare può rimanere alterata nell'immediato post-operatorio.

I risultati osservati (foto 5) e valutati attraverso il questionario indicano che un buon numero di pazienti è stato soddisfatto dell'esito dell'intervento. Per quanto riguarda l'aspetto funzionale i pazienti, che avevano difficoltà di visione laterale, hanno dichiarato un miglioramento del campo visivo nella regione temporale.

Bibliografia

1. LEMKE BN, STASIOR OG. The anatomy of eyelid ptosis. *Area Ophthalmol*, 1982; 100: 981-986.
2. PSILLAKIS JM. Subperiosteal approach for surgical rejuvenation of upper face. In PSILLAKIS JM. *Deep face lifting techniques*, Thieme Medical Publishers Inc New York, 1994; 51.
3. RAMIREZ OM. Endoscopic techniques in facial rejuvenation: an overview, Part I. *Aesth Plast Surg*, 1994; 18: 141-47.
4. RAMIREZ OM. Endoscopically assisted biplanar forehead lift. *Plast Reconstr Surg*, 1995; 96, 2: 323-33.
5. CASTANARES MSS. Forehead wrinkles, glabellar frown and ptosis of the eyebrows. *Plast Reconstr Surg*, 1964; 34, 4: 406.
6. LEWIS JR. A method of direct eyebrow lift. *Ann Plast Surg*, 1983; 10: 2.
7. SoKoL AB, SoKoL TP. Transblepharoplasty brow suspension. *Plast Reconstr Surg*, 1982; 69, 6: 940-4.
8. PAUL MD. Subperiosteal transblepharoplasty forehead lift. *Aesth Plast Surg*, 1996; 20: 129-134.
9. MC CoRD CD, DoxANAs MT. Browplasty and browpexy: an adjunct to blepharoplasty. *Plast Reconstr Surg*, 1990; 86, 2: 248-54.
10. HORIS E EK, HORIBE K LoDovICI O. Lifting of the eyebrows in blepharoplasties. *Aesth Plast Surg*, 1989; 13: 179-182.
11. MORSELLI PG. Fixation for forehead endoscopic lifting: a simple, easy, no-cost procedure. *Plast Reconstr Surg*, 1996; 97, 6: 1309-10.
12. KNIZE DM. An anatomically based study of the mechanism of eyebrow ptosis. *Plast Reconstr Surg*, 1996; 97, 7: 1323-33.

Web textos e figuras: GUTO GOMEZ