

**PÁRPADOS**

**17**

**Elevación de cejas**

Ignacio Genol Saavedra



La posición más bonita o rejuvenecedora de las cejas es una cuestión nada fácil de resolver. Depende de cada paciente, de las preferencias del cirujano y hasta del contexto cultural. En este capítulo haremos un breve repaso de algunas de las técnicas más habituales empleadas para combatir la ptosis de ceja.

La posición y contorno de las cejas es muy diferente en hombres y en mujeres. En mujeres se puede observar cómo las cejas tienden a ser altas y arqueadas, mientras que en los hombres suelen ser más bajas y planas.

Es importante conocer la existencia de las diferentes opciones terapéuticas que nos van a ayudar a mejorar la altura, forma, contorno y simetría de las cejas, ya sea con o sin cirugía.

A nivel quirúrgico se han descrito infinidad de técnicas y zonas de abordaje (tabla 1) (fig. 1), pero parece interesante pensar en cada una de ellas según la gravedad de la ptosis ciliar y de la zona de la ceja más caída. Por ello, presentamos las siguientes propuestas a modo orientativo (incluyendo las opciones no quirúrgicas).



Figura 1: Imagen frontal de una variedad de incisiones frontal y ciliar.

Tabla 1. Técnicas más habituales

	CEJA INTERNA	CEJA CENTRAL	CEJA LATERAL
Suave/Moderada	-Rellenos -Toxina -Sección corrugador	-Pexia transblefaroplastia -Rellenos -Toxina -Hilos de tracción	-Pexia transblefaro -Rellenos -Toxina -Hilos de tracción
Moderada/Grave	-QX endoscópica -Incisión coronal -Incisión frontal	-Elevación directa -QX endoscópica -Incisión coronal -Incisión frontal	-Elevación directa -QX endoscópica -Incisión coronal -Incisión frontal -Elevación transtemporal

Hagamos una breve introducción de las técnicas más habituales.

## CEJAPLASTIA DE ELEVACIÓN DIRECTA

Clásicamente reservada para las ptosis ciliares más graves por parálisis facial, poco a poco ha ido ganando en popularidad entre los cirujanos cosméticos por ser un procedimiento eficaz, predecible y duradero (1).

Consiste en elevar la parte más lateral y central mediante un corte supraciliar y realizando una extirpación de piel proporcional a la cantidad de ascenso que buscamos conseguir (fig. 2).



**Figura 2:** Cejaplastia directa.

Su principal inconveniente es que la cicatriz en la zona de la ceja puede ser visible durante varias semanas y que en ocasiones pueden aparecer neuralgias o parestesias en la zona tratada.

## FRONTOPLASTIAS DE ELEVACIÓN CENTRAL O CORONAL

Es una técnica indicada idealmente en varones con marcadas arrugas frontales, la mayoría en el centro de la frente pero que no tienen una ptosis de cola de ceja marcada (2).

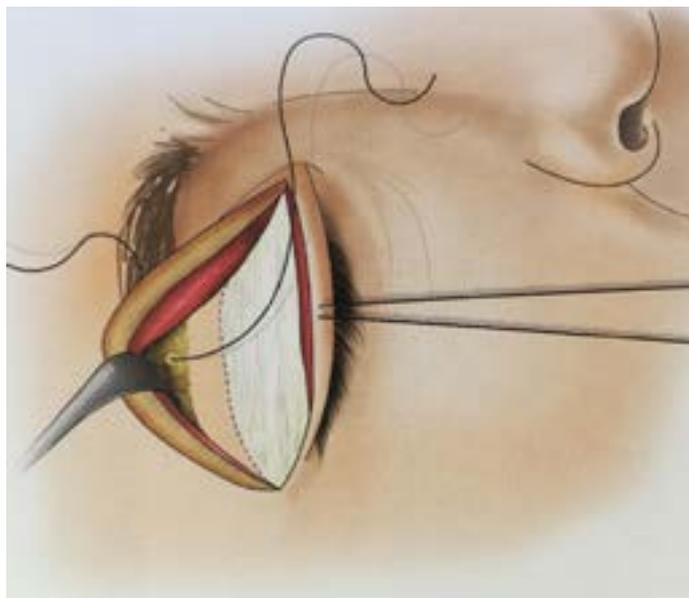
Sobre la incisión realizada, elevamos el colgajo cutáneo hacia el reborde de la órbita buscando localizar ambas ramas del nervio supraorbitario. Entonces realizamos una sección del músculo frontal en la zona entre ambos nervios y lo elevamos por encima del periostio para voltearlo hacia abajo y así exponer bien los depresores de la ceja más

interna (el procerus y los corrugadores) que serán seccionados. A continuación, se reposicionan tanto el frontal como la piel, escindiendo el tejido redundante (3).

## ELEVACIÓN TRANSPALPEBRAL

Es una técnica de elevación de las cejas que se realiza cuando estamos sometiendo al paciente a una blefaroplastia superior. Aprovechando la incisión, disecamos los tejidos bajo la ceja (liberación subperióstica) para que podamos fijarla a un plano superior. Esta fijación se puede realizar con suturas (4) (fig. 3) o bien con algunos ganchos específicamente diseñados pero que obligan a hacer pequeños orificios en el hueso para anclarlos como por ejemplo el dispositivo Endotine (5).

Esta técnica de elevación transpalpebral se reserva para casos de ptosis ciliar moderada y puede asociarse a una mioplastia glabellar.



**Figura 3:** Elevación transblefaroplastia.

## MIOPLASTIA GLABELAR

Consiste en debilitar la musculatura glabellar (procerus y corrugadores) mediante miotomías para frenar esa acción depresora y suavizar las arrugas del entrecejo cuando nos enfadamos.

Es una técnica que puede realizarse vía transblefaroplastia o bien en el contexto de una frontoplastia central/coronal o incluso en abordajes endoscópicos (6).

Su principal inconveniente es que puede aumentar la distancia entre las cabezas de ambas cejas (algo que puede ser muy poco deseable en algunos pacientes) y que recidivan con relativa rapidez.

## ELEVACIÓN TRANSTEMPORAL

Se realiza una incisión varios centímetros por detrás de la línea de origen capilar (fig. 4) y se disecciona ampliamente la zona frontal central y más lateral para conseguir una elevación de unos 3-5 mm. Apenas mejora el aspecto de la región interna, por lo que no se recomienda en pacientes que ya partan de tener una ptosis de ceja interna, puesto que la elevación lateral conseguida podría dar la impresión de una ceja muy recta e inclinada.



**Figura 4:** Abordaje temporal.

## ELEVACIÓN ENDOSCÓPICA

Realizando entre 3 y 6 incisiones, paratemporal, paramediana y en la línea media se puede realizar una elevación central subperióstica o subgaleal, una elevación temporal e interna mediante mioplastia glabellar. Se pueden usar suturas simples, o bien algún dispositivo de fijación como tornillos absorbibles o Endotine.

El candidato ideal sería aquel con una línea capilar normal o baja con densidad capilar normal, con ptosis de alguno/todos los segmentos de la ceja de suave a moderado.

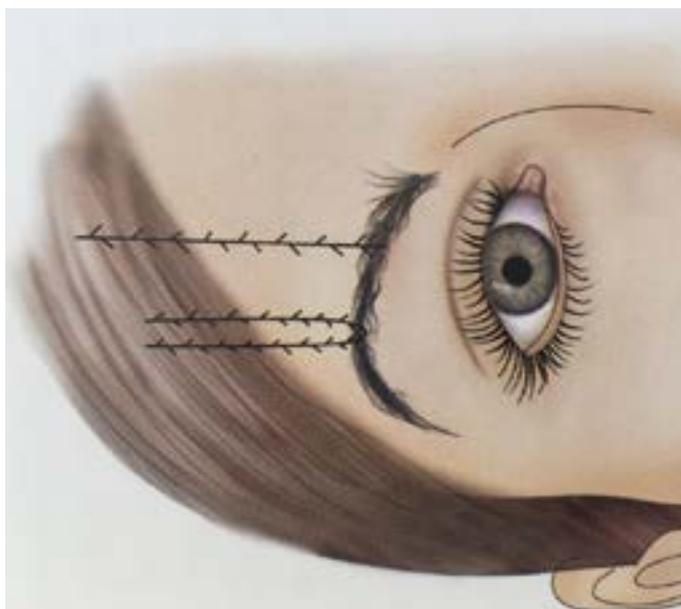
Su principal inconveniente es que hay que tener un endoscopio y una curva de aprendizaje no siempre corta.

Técnicas de elevación de cejas no quirúrgicas.

### Hilos de tracción

Aunque hay muchos tipos en el mercado los más habituales son los hilos absorbibles inductores de colágeno de PDO (polidioxanona) y de ácido poliláctico. Son materiales que traccionan hacia arriba (fig. 5), combatiendo el efecto de la gravedad, pero generalmente sin demasiada potencia ni duración.

Por ello lo ideal es seleccionar bien el caso, preferiblemente una mujer joven con una ptosis de ceja central o lateral leve/moderada (7).



**Figura 5:** Elevación con hilos de suspensión.

### Toxina botulínica

Inyectamos toxina botulínica tipo A selectivamente en las zonas de los depresores de las cejas. En la zona lateral en el orbicular (un solo punto de 10 UI) y en la zona interna en los corrugadores y procerus (puntos negros 5 UI y en los rojos 2,5 UI) (8).

### Rellenos subdérmicos

Muy habitualmente ocurre que las cejas se caen por haberse producido una pérdida importante de tejido blando bajo las mismas. Reposicionar este volumen aportará un pilar a las cejas que nos puede permitir elevarlas de una forma muy natural.

Podemos optar por rellenos absorbibles como el ácido hialurónico, en cuyo caso la duración suele oscilar entre 12 y 18 meses, o bien por infiltraciones de la propia grasa del paciente (obtenida habitualmente de la región periumbilical) para conseguir un efecto más duradero (9).

## RESUMEN

Hay múltiples técnicas para combatir la ptosis de ceja, tanto quirúrgicas como no quirúrgicas.

La opción más apropiada depende del contexto clínico, pero también de las expectativas del paciente tanto a nivel de resultados como de duración del efecto. Además, también hay que tener en cuenta los riesgos que esté dispuesto a asumir.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Pelle-Ceravolo M, Angelini M. Transcutaneous Brow Shaping: A Straightforward and Precise Method to Lift and Shape the Eyebrows. *Aesthet Surg J*. 2017 Sep 1;37(8):863-875.
2. Cook TA, Brownrigg PJ, Wang TD, Quatela VC. The versatile midforehead browlift. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. 1989 Feb;115(2):163-8.
3. Fett DR, Sutcliffe RT, Baylis HI. The coronal brow lifts. *Am J Ophthalmol*. 1983 Dec;96(6):751-4.
4. Niechajev I. Transpalpebral browpexy. *Plast Reconstr Surg*. 2004 Jun;113(7):2172-80.
5. Becker H. Preliminary results of double fixation in endoscopic forehead lift. *Aesthet Surg J*. 2006 Jul-Aug;26(4):472-5.
6. Abramo AC, Dorta AA. Selective myotomy in forehead endoscopy. *Plast Reconstr Surg*. 2003 Sep;112(3):873-9.
7. Graziosi AC, Beer SMC. Browlifting with thread: the technique without undermining using minimum incisions. *Aesthetic Plast Surg*. 1998 Mar-Apr;22(2):120-5.
8. Chen AH, Frankel AS. Altering brow contour with botulinum toxin. *Facial Plast Surg Clin North Am*. 2003 Nov;11(4):457-64.
9. Tzikas TL. Fat Grafting Volume Restoration to the Brow and Temporal Regions. *Facial Plast Surg*. 2018 Apr;34(2):164-172.