



NOMBRE DE ESTUDIANTE:

Adly Candy Vázquez Hernández

DOCENTE:

Dr. Alfredo López López

MATERIA:

Medicina Quirúrgica Complementarias

TEMA:

“Resumen de Reconstrucción”

CARRERA:

Medicina Humana

SEMESTRE:

7°

Tuxtla Gutiérrez, Chiapas

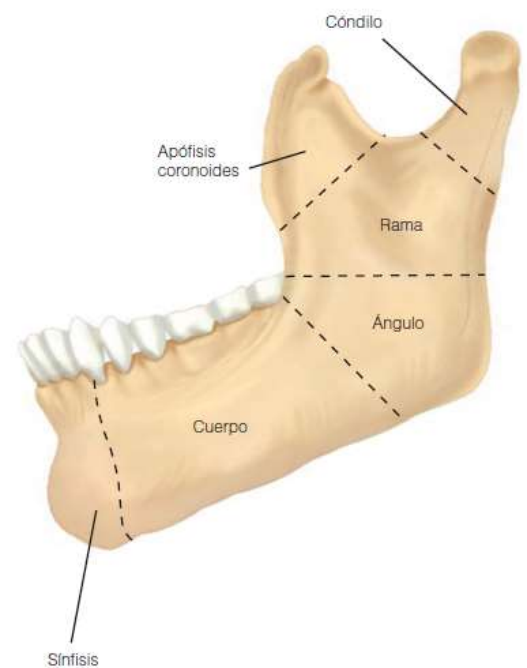
07/10/2021

RECONSTRUCCION FACIAL POSTERIOR A FRACTURAS

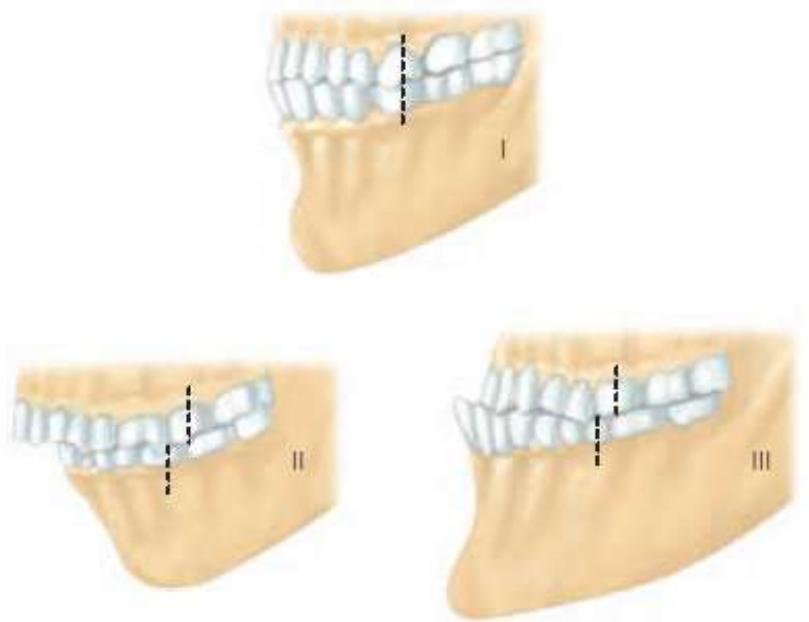
Gracias a los avances tecnológicos que se van incrementando el nivel de energía de los sistemas modernos de transportación, recreación y armamento, hay un incremento del grado de destrucción maxilofacial relacionada con los accidentes con dicha tecnología. La primera fase de atención del paciente con traumatismo maxilofacial es la activación del protocolo de apoyo vital avanzado para individuos con traumatismo. Las lesiones simultáneas en otros sitios además de la cara. La exploración física de la cara guía al médico para establecer cuáles son las lesiones subyacentes de tejidos duros, con atención especial a laceraciones, desniveles óseos, inestabilidad, dolor a la palpación, equimosis y asimetría facial.

Fractura de mandíbula

Las fracturas mandibulares son lesiones comunes que pueden ocasionar incapacidad permanente si no se diagnostican de manera apropiada. El ángulo mandibular, rama, apófisis coloides y cóndilos son puntos de inserción para los músculos de la masticación, lo que incluye a los músculos masetero, temporal, pterigoideo lateral y pterigoideo medial. Las fracturas con frecuencia son múltiples, y los trastornos en la oclusión dental reflejan las fuerzas de varios músculos de la masticación sobre los segmentos de la fractura.



La clasificación de ANGLE describe la relación de los dientes maxilares con los dientes mandibulares. La clase I es la oclusión normal, con ajuste de la cúspide bucal mesial del primer molar maxilar en el surco intercuspidado del primer molar mandibular. La maloclusión de clase II se caracteriza por ubicación anterior (mesial) y la



maloclusión clase III consiste en la posición posterior (distal) de los dientes maxilares con respecto a los dientes mandibulares.

Fracturas orbitarias

Las fracturas de la órbita pueden afectar el piso, techo o pared interna o externa de la órbita. La fractura orbitaria más común es la fractura por estallamiento del piso de la órbita, causada por presión directa al globo ocular con incremento súbito de la presión intraorbitaria. El tratamiento de todas las lesiones de la órbita, con excepción de la más simples, debe incluir valoración por un oftalmólogo para establecer la agudeza visual y descartar la lesión del globo ocular.

Fracturas complejas del cigomático y cigomaticomaxilares

El cigomático forma el borde externo e inferior de la órbita. Se articula con el hueso esfenoides en la cara externa de la órbita, con el maxilar en dirección

interna e inferior, con el hueso frontal en dirección superior y con el hueso temporal en dirección externa. Las fracturas del hueso cigomático pueden afectar solamente al arco o muchas de sus relaciones óseas. Las fracturas cigomaticomaxilares complejas (ZMC) consisten en la rotura del arco cigomático, sutura orbitaria inferior, sutura cigomaticomaxilar, pared externa de la órbita y sutura cigomaticofrontal.

Fracturas etmoidales nasoorbitarias (NOE)

Este tipo de fracturas a menudo son parte de un grupo de fracturas panfaciales y de otras lesiones intracraneales. Desde el punto de vista anatómico, el patrón de la fractura afecta la porción interna de la órbita, huesos nasales, procesos nasales del hueso frontal y procesos frontales del maxilar. Tales lesiones ocasionan déficit funcional grave y deformidad estética por colapso de la nariz, etmoidales y de la porción interna de las órbitas; desplazamiento de la fijación del ligamento palpebral interno y rotura del aparato nasolagrimal. El telecanto es ocasionado por la separación de la sutura nasomaxilar a la cual está unida el ligamento palpebral interno. El tratamiento por lo común consiste en la colocación meticulosa de placas o alambres a todos los fragmentos óseos, potencialmente con un injerto óseo primario para restablecer la configuración normal.

Fracturas del seno frontal

La región del seno frontal es un punto estructural relativamente débil en la porción superior de la cara. Por esta razón, es una ubicación común para las fracturas en casos de traumatismo facial. Los senos paranasales son una estructura par, cada una con una tabla ósea anterior que determina el contorno

de la frente y una tabla posterior que separa el seno de la duramadre. Cada seno drena a través de la porción interna del piso hacia el conducto frontonasal, el cual vierte su contenido hacia el meato medio en la cavidad nasal. El tratamiento de las fracturas de los senos frontales depende de las características de la fractura

Fracturas nasales

La nariz es el sitio más común de fracturas faciales, por su ubicación prominente; cada fractura puede afectar la porción cartilaginosa del tabique nasal, los huesos nasales o ambos. Es importante realizar una exploración intranasal para saber si hay un hematoma en el tabique. Si está presente, éste debe drenarse y colocar un taponamiento para evitar la necrosis por presión del tabique nasal y un colapso a largo plazo de la porción media de la nariz. La reducción cerrada de las fracturas nasales puede realizarse bajo anestesia local o general.

Fracturas panfaciales

Las fracturas de múltiples huesos en varias localizaciones se incluyen en la categoría de fracturas panfaciales. Éstas pueden incluir las fracturas de los senos frontales y maxilar, NOE, fracturas de la órbita y ZMC, fracturas palatinas y fracturas mandibulares complejas. La dificultad en la reparación de estas lesiones depende no de aspectos técnicos de la fijación, sino del restablecimiento de las relaciones normales entre las características faciales en ausencia de puntos de referencia que se encontraban presentes antes de la lesión.

RECONSTRUCCION NASAL

La reconstrucción de la nariz requiere apreciar las nueve subunidades estéticas que definen el contorno anatómico normal. En general, si un defecto abarca más de 50% de una subunidad, el resto de las subunidades deben extirparse e incluirse en la reconstrucción. Debe considerarse que la nariz está compuesta por tres capas: cubierta cutánea, apoyo estructural y mucosas de recubrimiento. Los colgajos locales de patrón aleatorio son útiles para cerrar defectos pequeños del dorso y punta de la nariz, y pueden combinarse con injertos de cartílago si es necesario el sostén estructural. Los colgajos de patrón axil se utilizan a menudo para defectos más grandes. Estos colgajos tienen la ventaja de poder cubrir y revascularizar injertos cartilagosos subyacentes y brindar piel circundante de color similar. A menudo se utilizan colgajos en la reconstrucción nasal, lo que incluye colgajos nasolabiales y el colgajo paramediano de la frente.

RECONSTRUCCION DEL PÁRPADO

Los párpados protegen al ojo de la exposición y son otra estructura estética crucial de la cara. Consiste en una laminilla anterior (piel y músculo auricular del ojo) y una laminilla posterior (tarso y conjuntiva). La irrigación del párpado es excelente, y la isquemia es una preocupación muy poco común en las reconstrucciones.

Párpado superior

Los defectos que abarcan menos de 25% del párpado superior por lo general se cierran de manera primaria con aproximación en forma pentagonal. Para defectos que afectan 25 a 50% del párpado superior, puede realizarse una cantotomía lateral (liberación del tendón del canto externo) y llevarse a cabo la cantólisis (liberación de la porción superior del tendón palpebral externo) para permitir el avance, lo cual a menudo se combina con el uso de un colgajo semicircular lateral. Los defectos de más de 50% del párpado superior pueden reconstruirse con un colgajo de avance de Cutler-Beard de espesor total o un colgajo de avance tarsoconjuntival de Hughes modificado.

Párpado inferior

La reconstrucción del párpado inferior tiene consideraciones similares a las del párpado superior. Además, debe ponerse especial atención a la prevención de la visibilidad de la esclerótica y el ectropión, que pueden originarse por la tensión vertical excesiva ya sea por la técnica o por la cicatrización. Pueden utilizarse métodos de reconstrucción similar, lo que incluye el cierre directo, colgajos semicirculares y liberación del canto con colgajos de avance. Los injertos pueden utilizarse si el defecto es de espesor parcial. Los injertos cutáneos del párpado superior contralateral son adecuados para sustituir la cara anterior de la laminilla.

Ptosis

En el párpado normal, el músculo auricular del ojo, músculo de Müller y el músculo elevador del párpado actúan en conjunto para abrir y cerrar la abertura palpebral y conservar el nivel del párpado superior con respecto a la

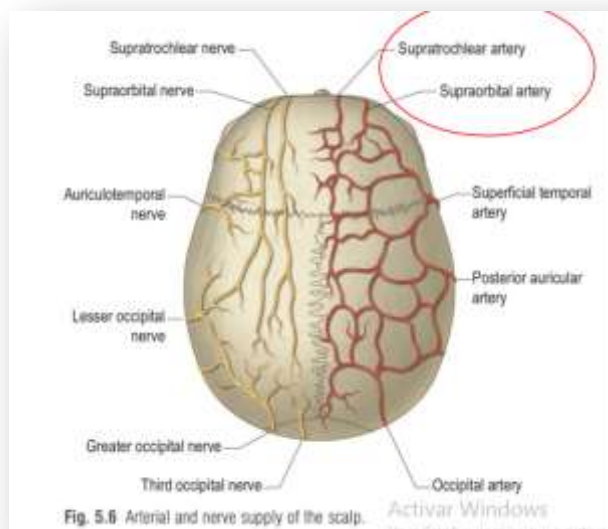
pupila. La ptosis del párpado es creada por alteración de esta acción en conjunto. La ptosis puede ser congénita o adquirida. La congénita es causada por anomalías del párpado, oftalmoplejía y sincinesia, en tanto que la ptosis adquirida puede ser neurógena, miógena o traumática. El síndrome de Horner es una forma de ptosis neurógena causada por interrupción de la inervación simpática que ocasiona ptosis, miosis y anhidrosis.

La valoración amplia de pacientes con ptosis incluye exploración oftalmológica general y de la agudeza visual, atención a los signos de exposición o irritación, medición de la distancia marginal-reflejo luminoso, observación de la altura del pliegue supratarsal y valoración de la función del elevador del párpado. La gravedad de la ptosis y el grado de disfunción del músculo elevador del párpado son decisivos para el procedimiento apropiado de corrección procedimiento de Fasanella-Servat, que consiste en la ablación del borde superior del tarso palpebral, conjuntiva y aponeurosis del músculo elevador del párpado y la sección del músculo de Müller.

RECONSTRUCCION DE CRANEO Y CUERO CABELLUDO

El cuero cabelludo es el tejido blando que recubre el cráneo. Esencial para la protección del contenido intracraneal y contribuye a la apariencia estética externa. El cuero cabelludo está formado por cinco capas: piel, tejido celular subcutáneo, galea aponeurótica, tejido areolar laxo y pericráneo. El cuero cabelludo está bien vascularizado por ramas bilaterales de la arteria carótida externa, incluyendo las arterias temporales superficiales, arterias occipitales y arterias auriculares posteriores.

Además, las arterias supratroclear y supraorbitaria contribuyen a la irrigación de la frente y porción anterior del cuero cabelludo. Estos vasos transcurren en el tejido subcutáneo, justo superficiales a la galea. Por su abundante irrigación, las laceraciones del cuero cabelludo pueden ocasionar una hemorragia espectacular, situación que suele corregirse con la colocación de un punto de sutura continuo anclado.



Defectos del cuero cabelludo

Sus defectos son de etiologías congénitas y adquiridas, pueden ser agudas que requieran una atención inmediata o más electivas, requiriendo una planificación cuidadosa. En los defectos congénitas se produce por una aplasia cutis

congénita, nevo congénito, malformaciones vasculares, tumores congénitos. Los defectos adquiridos son por un traumatismo, una invasión tumoral, radiación, infección, lesiones contusas, lesiones penetrantes o por avulsión y quemaduras. En los defectos agudos, se produce un traumatismo que produce una herida de cuero cabelludo puede causar una fractura de cráneo o una lesión cerebro meníngea. Se requiere una atención inmediata, o mas electivas, requiriendo una planificación cuidadosa. El cuero cabelludo es muy vascularizado por lo que el sangrado es importante. Por esto que las heridas traumáticas sangran excesivamente y la mejor manera de obtener hemostasia es con su cierre rápido.

Diagnóstico

Realizar una historia clínica exhaustiva, examen físico completo, ver la etiología del defecto, realizar revisión de tejidos circundantes, observar compromiso nervioso y/o vascular, y en algunos casos biopsia. Por lo tanto, antes del tratamiento se debe estudiar la causa del defecto. Predecir tamaño del defecto intraoperatorio.

Tratamiento

El objetivo principal es que sea funcionales y estéticos. Funcionales: protección del hueso para prevenir la desecación, prevenir la infección al proporcionar suministro de sangre a través de tejido vascularizado. Estéticas: mantenimiento de línea del cabello, evitar alopecia, cicatriz estética. Tratamientos son Cierre por segunda intención, TPN cierre primario, expansores de tejidos, injertos, colgajos locales, colgajos regionales, reconstrucción microquirúrgica con colgajos libres.

REANIMACION FACIAL

La parálisis del nervio facial es un trastorno debilitante, y que desde el punto de vista emocional puede ocasionar depresión, que se manifiesta con muchos problemas estéticos y funcionales. La pérdida de la actividad muscular ocasiona mala articulación del lenguaje y sialorrea por insuficiencia bucal, queratopatía por exposición por disfunción del aparato lagrimal y ectropión paralítico con alteración de la socialización por desfiguración facial y dificultad para expresar emociones. La principal consideración en el tratamiento es la simetría de la frente y cejas, cierre de los párpados, suficiencia y simetría de la boca y conservación de la dinámica de la sonrisa. Los objetivos a largo plazo incluyen aspecto estático o normal, simetría con los movimientos y restablecimiento del control de los músculos voluntarios.

Técnicas neurales

Las lesiones traumáticas al nervio facial sin pérdida segmentaria de tejido nervioso se tratan mejor con neuroeje primario terminoterminal de los muñones del nervio facial. En la pérdida segmentaria del nervio facial por traumatismo o resección oncológica, los injertos de interposición de nervios ocasionan la reconstrucción más exitosa y pueden obtener resultados similares a los de la reparación primaria. El momento para la reanimación después de la reparación del nervio depende de la distancia entre el sitio de la reparación y las placas motoras terminales. Las técnicas de transferencia nerviosa utilizan otros nervios craneales para enervar el muñón distal del nervio facial en los casos en que no puede realizarse el injerto. Esto requiere la disponibilidad de nervio facial distal o muñones de sus ramas.

Técnicas de transposición muscular

Todas las técnicas neurales antes mencionadas dependen de la presencia de una unidad neuromuscular distal funcional. Cuando la unidad neuromuscular distal es deficiente, como en la parálisis facial congénita o en situaciones en las cuales la reconstrucción se llevará a cabo dos a tres años después de la lesión original, debe considerarse la transposición muscular. Dicha técnica requiere entrenamiento muscular intenso para lograr el movimiento deseado. Un cabestrillo muscular facial dinámico clásico utiliza el músculo temporal, que recibe inervación del nervio trigémino y su irrigación de ramas profundas temporales de la arteria maxilar interna. El músculo se libera a lo largo de su aponeurosis de la línea de fusión temporal, se desplaza en dirección inferointerna y se une al modiollo en la comisura bucal, pliegue nasolabial y en potencia al músculo auricular del ojo. Las desventajas incluyen falta de movimientos espontáneos, disfunción de la articulación temporomandibular y abundancia de tejidos blandos sobre el arco cigomático.

Transferencia de tejidos libres inervados

Puede considerarse la transferencia microquirúrgica de músculos libres inervados en las mismas situaciones que la transferencia muscular local, pero es en especial apropiada cuando se necesita el aumento concomitante del volumen de tejidos blandos. El procedimiento puede realizarse en una sola etapa si se dispone del muñón proximal del nervio facial para su anastomosis o si se cuenta con un nervio lo suficientemente largo en el músculo donador para alcanzar las ramas contralaterales del nervio facial.

Procedimientos auxiliares

Uno de los objetivos más importantes del tratamiento de la parálisis facial es la rehabilitación de la región periocular. Dicho objetivo se logra simplemente con la implantación de contrapesos de oro o platino en el párpado superior, lo que permite que la gravedad colabore con el cierre del párpado. Los cabestrillos aponeuróticos estáticos se utilizan para mejorar la simetría cuando enfermedades concomitantes evitan la realización de cirugías más extensas y en etapas. Los materiales para la creación del cabestrillo incluyen tensor de la fascia lata, politetrafluoroetileno y aloinjerto dérmico acelular humano. La hipertonicidad de los músculos faciales contralaterales se corrige con inyecciones de toxina botulínica. Por último, las técnicas de rejuvenecimiento de tejidos blandos como la ritidectomía cervicofacial, blefaroplastia, elevación de cejas y elevación de la porción media de la cara pueden mejorar los efectos de la parálisis facial en los tejidos blandos.

RECONSTRUCCION MAMARIA

La reconstrucción mamaria inicia como un método para reducir las complicaciones y deformidades de la pared torácica por la mastectomía. El objetivo de la reconstrucción mamaria es crear nuevamente la forma y simetría mientras se evita el retraso del tratamiento coadyuvante para el cáncer.

Reconstrucción inmediata

Es el inicio del proceso de reconstrucción mamaria al momento de la cirugía de ablación. La reconstrucción inmediata toma ventaja de la conservación de la cubierta cutánea flexible, que es posible con la mastectomía con conservación de la piel. En general este método permite una reconstrucción más estética y simétrica. Las desventajas es que incluyen el retraso potencial de tratamiento adyuvante por complicaciones en el sitio quirúrgico, necrosis parcial de los colgajos cutáneos de mastectomía y la posibilidad de que se necesite radioterapia postoperatoria no esperada.

Reconstrucción mamaria tardía

Se inicia al menos tres a seis meses después de la mastectomía. Este método evita la falta de fiabilidad en los colgajos de mastectomía y la respuesta impredecible a la radioterapia. El paciente está sujeto a un procedimiento quirúrgico adicional y los resultados estéticos generales a menudo son peores.

Reconstrucción mamaria parcial

En el último decenio muchas mujeres eligieron el tratamiento con conservación mamaria BCT que consiste en una mastectomía segmentaria con biopsia de ganglio

centinela o disección de ganglios linfáticos axilares combinada con radiación posoperatoria de la totalidad de la mama. Este tratamiento del cáncer con menos invasión es bastante beneficioso para muchas mujeres, pero puede surgir en el proceso deformidad significativa por la eliminación de tejido y por los cambios inducidos por la radiación, en especial en mujeres con mamas pequeñas. Uno de los métodos más comunes para reducir los defectos visibles en mujeres con mamas grandes es redistribuir el parénquima mamario al momento de la extirpación del tumor utilizando técnica de mamoplastia de reducción. Puede diseñarse un pedículo dermatoglandular que proporcione sostén al complejo pezón-aréola en diversas orientaciones para evitar la ubicación del defecto.

Este procedimiento combinado con la reducción mamaria tradicional en la mama contraria puede ocasionar resultados estéticos excelentes, a menudo mejores, en comparación con el aspecto que tenían en el preoperatorio. El colgajo toracodorsal externo se basa en las arterias perforantes intercostales externas en el pliegue inframamario y es de particular utilidad para corregir los defectos mamarios externos.



Reconstrucción con implantes

Por necesidad o por elección, muchas mujeres se someten a mastectomía para control local del cáncer mamario. El método más simple de reconstrucción de la

mama es la colocación de un implante en el defecto creado por la mastectomía. En ocasiones puede colocarse un implante al momento de la mastectomía como un procedimiento de reconstrucción de una etapa para el montículo mamario, por lo común la primera etapa incluye la colocación de un expansor hístico de silicona colocado bajo la musculatura de la pared torácica, seguida de la expansión de la piel a intervalos de una semana durante unos cuantos meses. Se regresa a la paciente a la sala de operaciones para retiro del expansor y la colocación de un implante mamario de solución salina o silicona. Las ventajas de la reconstrucción con expansión hística/implante incluyen ausencia de morbilidad en el sitio donador, tiempos quirúrgicos y periodos de recuperación más breves. Las reconstrucciones con implantes mamarios tienden a carecer de la sensación natural a la palpación y del aspecto ptósico de la mama. Esto es en particular notorio en reconstrucciones unilaterales. Algunas de las desventajas mencionadas han sido mitigadas con el advenimiento de la mastectomía con conservación del pezón, así como la reconstrucción inmediata con un implante de matriz dérmica acelular.



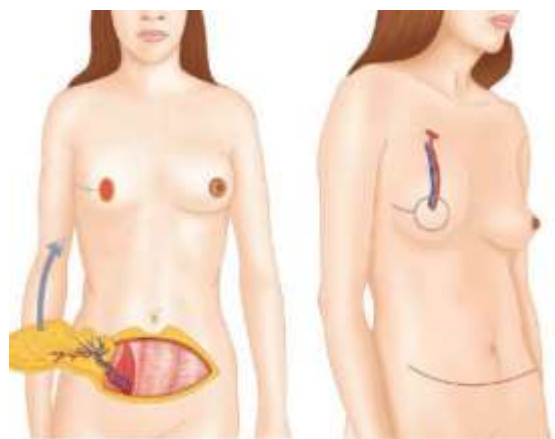
Reconstrucción total con tejido autólogo

Las indicaciones para la reconstrucción mamaria con tejido autólogo son diversas y variadas, e incluyen la preferencia de la paciente, radioterapia previa o a futuro, ptosis de la mama contralateral y reconstrucción previa con implante fallida. El abdomen es el sitio donador utilizado con mayor frecuencia. Los colgajos abdominales para reconstrucción mamaria incluyen el colgajo miocutáneo pediculado del músculo recto y transverso del abdomen (TRAM), el cual se basa en los vasos epigástricos superiores que transcurren por debajo del músculo recto del abdomen. Se aísla un fragmento de piel de orientación transversa basada en sus vasos perforantes y que transcurren a través del músculo recto del abdomen para unirse con el pedículo epigástrico superior. El colgajo, junto con su irrigación, y el músculo recto se hacen para realizar por un túnel sobre la pared torácica anterior y se exteriorizan en el defecto creado por la mastectomía, donde se le da la forma de un montículo mamario. El sitio donador se cierra en forma similar a una abdominoplastia. La ventaja de ésta y de la técnica de reconstrucción autóloga total son la creación de una mama con un aspecto y textura naturales, que cambia de volumen en forma paralela con el peso del paciente, lo que evita complicaciones potenciales de los implantes mamarios.

El procedimiento de colgajo pediculado TRAM es relativamente nuevo para la reconstrucción autóloga total. El colgajo libre TRAM se introdujo para mejorar el limitado volumen de tejido que puede desplazarse por la irrigación relativamente indirecta del pedículo TRAM por los vasos epigástricos superiores. El colgajo se obtiene en forma de colgajo libre y se realizan anastomosis con la arteria y vena epigástricos superiores. El colgajo se obtiene en forma de colgajo libre y se realizan anastomosis con la arteria y vena

epigástricas inferiores con los vasos receptores en el tórax, por lo común la arteria mamaria interna o vasos toracodorsales. Una modificación a este método es el procedimiento de colgajo libre TRAM con conservación del músculo, en el cual se toma menos aponeurosis y menos músculo del recto abdominal junto con el colgajo para reducir la morbilidad en el sitio donador. La variante más avanzada de colgajo libre TRAM con conservación de músculo obtiene su irrigación de la perforantes epigástricas inferiores profundas.

Se abren la aponeurosis pero no se incluyen tejido muscular en el colgajo y se realiza disección de los vasos perforantes del sistema epigástrico inferior profundo. Cuando se realiza una selección cuidadosa de pacientes, las técnicas con conservación de músculo disminuyen la morbilidad en la pared abdominal e incrementan la longitud útil del pedículo para microcirugía sin compromisosignificato de la perfusión del colgajo.



Reconstrucción con implante y con tejido autologo

El procedimiento de colgajo pediculado miocutáneo del dorsal ancho es un método fiable y relativamente sencillo que se utiliza para la reconstrucción mamaria. La reconstrucción con colgajo del dorsal ancho/implante puede producir excelente resultados estéticos con morbilidad relativamente baja en el sitio donador.



Procedimientos accesorios

Después de la creación de un montículo mamario se realizan mejoras y procedimientos adicionales después de casi tres meses, lo que podría incluir la revisión del montículo a través de liposucción o abalación directa, revisión de la cicatrices, injerto de tejido adiposo y reconstrucción del complejo aréola-pezones.

Consideraciones relacionadas con la radiación

Se recomienda evitar la reconstrucción con implantes en una pared torácica que ha recibido previamente radiación o es probable que la reciba, por la tasa relativamente alta de complicaciones y los resultados desalentadores. Las reconstrucción con tejido autólogo total proporcionan tejido sano no radiado para sustituir el tejido fibroso lesionado y son el método preferido para la reconstrucción mamaria en esta situación. De la misma forma, la reconstrucción con dorsal ancho/implante sustituye la piel radiada.

LIPOESCULTURA

La lipoescultura es la operación de Cirugía Plástica, Estética y Reparadora que se realiza para eliminar los depósitos de grasa localizada entre la piel y el músculo. El objetivo de la operación es remodelar el contorno corporal de forma permanente, y se realiza por zonas: abdomen, muslos, nalgas, brazos, y papada son las más comunes. Para una mayor comodidad y seguridad del paciente, la lipoescultura suele realizarse bajo anestesia general. Pero también existe la opción de Lipoescultura sin Cirugía o No Invasiva, que no requiere anestesia o en algunos casos bastará con la anestesia local. Es importante

destacar que esta operación no es una forma de cirugía para la obesidad ni para adelgazar o bajar de peso, sino que consiste en la eliminación directa de la grasa localizada. La lipoescultura está pensada para neutralizar los cúmulos de grasa rebelde que son difíciles de eliminar, incluso llevando unos hábitos saludables de alimentación equilibrada y ejercicio físico. Así, los pacientes que van a realizarse una lipoescultura están dentro de un peso normal o sobrepeso. La lipoescultura consiste en realizar algunas incisiones menores de 1 cm. en las que introducir una cánula con aspiración para extraer la grasa de la zona en cuestión. En algunos casos, el paciente puede requerir que la grasa extraída se le reimplante en otras zonas, como los glúteos. La duración de la cirugía dependerá de las zonas a tratar y el volumen de grasa de cada paciente, pero no suele exceder las 4 horas.

LIPOTRANSFERENCIAS

Es un procedimiento quirúrgico que permite transferir la grasa de áreas de las que podemos obtenerla por existir un exceso, como los muslos, abdomen, o espalda, e inyectarla en las zonas del cuerpo en las que deseamos una corrección de volumen, tanto por motivos de reconstrucción como por motivos estéticos. Las zonas que son más susceptibles son cara, manos, senos o gluteos. La grasa propia (autóloga), a diferencia de rellenos de origen sintético, realizan doble proceso, como relleno y revitalización de los tejidos. La grasa subcutánea tiene varias características que la convierten en un tejido idóneo para múltiples tratamientos: Puede utilizarse como material de relleno y para aportar volumen. No provoca rechazo al ser de la propia persona. Rica en **factores de crecimiento**: Esto favorece la cicatrización, la mejora de la

circulación, la formación de colágeno, etc. Y es principal **fuentes de células madre** del organismo. El objetivo principal del lipofilling es la mejora del aspecto estético y el rejuvenecimiento del cuerpo. Generalmente, esto se hace para definir los pómulos, mejillas y barbilla, rediseñar del rostro, reducir arrugas, llenar pantorrillas y glúteos, afirmar labios delgados y remodelar los senos caídos o pequeños. Este tratamiento, además de tener fines estéticos, es óptimo también para reparar rápidamente tejidos lesionados o curar heridas, tales como la corrección de defectos postraumáticos y quirúrgicos o llenado de cicatrices.

LIPOMARCAJE

La lipomarcación abdominal o marcación abdominal es un procedimiento de cirugía estética, realizado para demarcar o delinear ciertos músculos en el abdomen con el fin de marcar esa zona corporal. El Marcaje Abdominal es la cirugía perfecta para aquellas personas que a pesar de dieta y vigoroso ejercicio no pueden disfrutar de un abdomen definido. El resultado es un abdomen plano y músculos definidos. Este procedimiento se realiza bajo anestesia general. La marcación abdominal va acompañada



de una liposucción de todo el abdomen. No solo las líneas a resaltar. Todo el procedimiento se hace a través de unas incisiones muy pequeñas (medio centímetro) estratégicamente ubicadas. Esta intervención se realiza tanto para hombres como mujeres que quieran mejorar la zona abdominal. Los pacientes han de cumplir una serie de requisitos, el más importante es no tener

obesidad. La edad óptima es de 18 años a 28 años. El tiempo de operación medio es de una a dos horas.