

CASOS CLÍNICOS

Hemiatrofia facial y lipoinyección, una alternativa terapéutica

Drs. CHRISTIAN SALEM Z, JUAN ANTONIO PÉREZ P, PABLO MARIANGEL P

Instituto de Cirugía, Facultad de Medicina, Universidad Austral de Chile, Servicio de Cirugía,
Hospital Clínico Regional de Valdivia

RESUMEN

Se presenta el caso clínico de una paciente de 27 años, portadora de una hemiatrofia facial izquierda, a la cual se le realizó plastia facial mediante lipoinyección de tejido adiposo, intervención quirúrgica que se llevó a cabo sin complicaciones. Presentó reabsorción parcial del tejido graso implantado, por lo cual se repitió el procedimiento en 2 oportunidades (12 y 60 meses después). El resultado estético final fue excelente, con la consiguiente mejoría de la calidad de vida de la paciente. Después de 72 meses de observación, a partir del primer procedimiento, la paciente mantiene el efecto estético logrado con el injerto adiposo, el cual se ha incrementado, asociado a un aumento del peso corporal con acumulación grasa en la pared abdominal. Esta situación corroboraría clínicamente la teoría de la mantención de los caracteres genéticos de un injerto en el área receptora. Consideramos que la lipoinyección constituye una alternativa terapéutica válida en la corrección de esta patología.

PALABRAS CLAVES: **Hemiatrofia facial, lipoinyección**

SUMMARY

We report the case of a 27 year-old female with left facial hemiatrophy. She underwent facial plastic surgery with injections of adipose tissue. The surgical procedure was uneventful. Subsequent, partial reabsorption of the implanted tissue occurred. Therefore, re-injections at 12 and 60 days following the first intervention were performed. The final cosmetic result was excellent. After 72 months of follows up, the patient maintains her good aspect; she has gained some weight, which contributed to her overall well being. This result supports the theory that the implant's genetic characteristics are preserved in the report area. We consider lipoinjection to be a valid alternative for the correction of this condition.

KEY WORDS: **Facial hemiatrophy, lipoinjection**

INTRODUCCIÓN

La hemiatrofia facial o síndrome de Parry-Romberg, es una patología de etiología desconocida, la cual se caracteriza por la atrofia progresiva de la piel y del tejido subcutáneo de una hemicara, presentando en ocasiones compromiso de músculo y hueso.¹

Se han intentado muchas técnicas para tratar esta patología, las cuales en su mayoría tienen una idea central de corregir el déficit de volumen faltante, a través de injertos o implantes, acompañados de otras cirugías cuando el caso así lo amerita.

La lipoinyección ha sido uno de los métodos más recurrentemente mencionados en la literatura,²⁻⁹ sin embargo, siempre ha estado en discusión su

efectividad y durabilidad en el tiempo, estando el fantasma de la reabsorción siempre presente.

El objetivo de esta comunicación es mostrar una experiencia en el manejo de esta patología a través de lipoinyecciones repetidas.

CASO CLÍNICO

Paciente de sexo femenino, 27 años de edad, nulípara, con antecedente de haber sufrido un traumatismo mandibular izquierdo durante la niñez. No refiere otras patologías de importancia. A partir de los 11 años presentó una disminución progresiva del crecimiento de la hemicara izquierda, asociado a sequedad cutánea e hiperpigmentación ipsilateral. En esa oportunidad se diagnosticó fractura mandibular izquierda antigua y lesión del nervio facial, sin que se le ofreciera ninguna alternativa terapéutica.

Vuelve a consultar en 1996, a los 20 años de edad, siendo evaluada en policlínico de Cirugía Plástica del Hospital Clínico Regional de Valdivia. El estudio radiográfico del macizo facial no reveló lesión ósea. Se diagnosticó hemiatrofia facial izquierda (Figuras 1 y 2), citándose a plastia facial mediante lipoinyección.

El 22 de noviembre de 1996, bajo anestesia general, se realizó lipoaspiración de tejido graso abdominal, previa preparación de la zona dadora con infiltración de solución de suero fisiológico y adrenalina (1 ampolla en 500 cc de suero fisiológico). La lipoaspiración fue dificultosa, dado la delgadez del panículo adiposo de la paciente. A través de una incisión preauricular izquierda de 0,5 cm se procedió a separar los planos cutáneos del plano óseo muscular que se encontraban muy adheridos, mediante una cánula roma fina de infiltración, por la cual se inyectó la solución preparada previamente. Posteriormente, se infiltró el tejido adiposo aspirado



Figura 1. Visión frontal preoperatoria de paciente con hemiatrofia facial.

y licuado (alrededor de 100 cc), evolucionando sin complicaciones.

En controles posteriores (1, 2 y 9 meses) se evidenció reabsorción parcial del injerto graso, por lo cual se citó para una nueva plastia facial, indicándose un régimen hipercalórico e hiperproteico para aumentar de peso y así facilitar la obtención de tejido graso.

El 12 de noviembre de 1997 se realizó la segunda intervención, lipoaspirando tejido adiposo abdominal y de cara interna de un muslo, obteniendo 250 cc de tejido graso, el cual fue infiltrado en la hemicara a través de la misma incisión, previa liberación de algunas adherencias nuevas. El resultado estético y funcional fue excelente, con una evidente mejoría en la calidad de vida de la paciente, que la llevó a encontrar una pareja y en un corto plazo al matrimonio.

Dado su radicación en el extranjero la paciente no se controló hasta agosto del año 2001, es decir cuatro años después de la última cirugía. Se evidenció un excelente resultado estético, sólo con algunas depresiones en el contorno facial, por lo cual se planificó corregir con una tercera lipoinyección, que se llevó a cabo el 3 de octubre del año 2001, procediéndose a infiltrar más o menos 100 cc de tejido adiposo aspirado desde la región abdominal.

En abril del año 2002, a los 6 meses de la última cirugía, se encuentra con una leve asimetría facial, con aumento del lado injertado, concomitantemente con un alza de peso y de volumen adiposo abdominal, sitio dador del tejido adiposo (Figura 3 y 4).

DISCUSIÓN

La hemiatrofia facial es una entidad descrita en el siglo XVII, que se caracteriza por la falta de



Figura 2. Visión lateral preoperatoria.

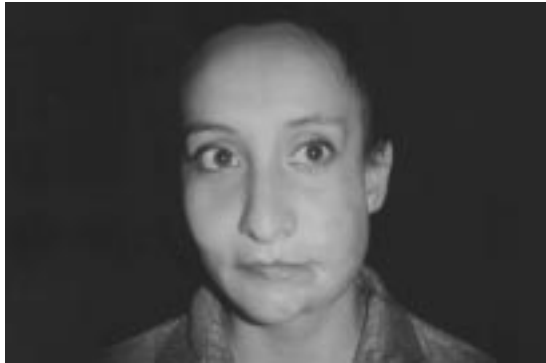


Figura 3. Visión frontal posoperatoria.



Figura 4. Visión lateral posoperatoria.

crecimiento de la piel y del tejido subcutáneo, asociado en ocasiones a la atrofia de pelos, músculo y hueso subyacente. Afecta una hemicara, comprometiendo en ocasiones ojo, faringe y laringe. Se inicia antes de la 2ª década de la vida, preferentemente antes de los 10 años de edad, proceso que dura entre 2 a 10 años en estabilizarse. Su etiología es desconocida. La evidencia actual sobre su origen genético es escasa. Autores han asociado su génesis a un tipo de esclerodermia localizada, debido a la presencia de anticuerpos antinucleares en el suero de estos pacientes. Sin embargo, el estudio histopatológico de la lesión muestra claras diferencias con la esclerodermia.¹

Se han utilizado diversas técnicas en su tratamiento, entre las cuales destaca la lipoinyección de tejido graso autólogo, que produjo una verdadera revolución dentro de la cirugía plástica. La experiencia clínica y la literatura es extensa,^{2,5,7} comunicándose en la mayoría de los casos buenos resultados. No obstante, la principal desventaja de esta técnica se asocia a la sobrevida del tejido graso injertado.^{3,5} En la literatura se encuentran series que reportan desde una reabsorción mínima de tejido hasta otros que refieren una de más del 50% del tejido graso injertado durante el primer año de observación, dependiendo de varios factores, tales como:

- Características propias del tejido injertado.
- Sitio de inyección.
- Método utilizado para la lipoaspiración.
- Método utilizado para la lipoinyección.
- Método de evaluación utilizado.

Esta variabilidad en los resultados llevó a desarrollar técnicas tales como injertos dermo-fascio-grasos,⁶ uso de cultivos celulares y revascularización microquirúrgica del injerto graso, con resultados también variables.

En nuestro caso clínico pudimos constatar, que el injerto de tejido graso mediante lipoinyección es una alternativa terapéutica eficaz, que se realiza con un alto porcentaje de éxito, de un bajo costo en relación a otros procedimientos, que presenta escasas complicaciones y cuya duración está por sobre la media descrita en la literatura. El éxito de la cirugía trae consigo una mejoría sustancial de la calidad de vida del paciente.

Durante los controles postoperatorios habituales de la paciente, observamos un hecho singular: el aumento del volumen del injerto graso facial, asociado a un aumento del peso corporal y del volumen graso abdominal. Esta observación, descrita en la literatura,⁹ nos lleva a corroborar clínicamente la hipótesis de la conservación genética del sitio de origen del tejido graso injertado. Controles más alejados nos otorgarán más información acerca del comportamiento del tejido adiposo injertado.

BIBLIOGRAFÍA

1. Psillakis JM: Hemiatrofia facial. En: Psillakis JM, Zanini SA, Mélega JM, Costa EA, Da Cruz RL (eds). Cirugía Craniomaxilofacial: Osteomias Estéticas da Face. Rio de Janeiro, Medsi, 1987; 233-9.
2. Billings E Jr, May JW Jr: Historical review and present status of free fat graft autotransplantation in plastic and reconstructive surgery. *Plast Reconstr Surg* 1989; 83: 368-81.
3. Sommer B, Sattler G: Current concepts of fat graft survival: histology of aspirated adipose tissue and review of the literature. *Dermatol Surg* 2000; 26: 1159-66.
4. Sadick NS, Hudgins LC: Fatty acid analysis of transplanted adipose tissue. *Arch Dermatol* 2001; 137: 723-7.
5. Nguyen A, Pasyk KA, Bouvier TN, Hassett CA,

- Argenta LC: Comparative study of survival of autologous adipose tissue taken and transplanted by different techniques. *Plast Reconstr Surg* 1990; 85: 378-9.
6. Erol OO: Facial autologous soft-tissue contouring by adjunction of tissue cocktail injection (micrograft and minigraft mixture of dermis, fascia, and fat). *Plast Reconstr Surg* 2000; 106: 1375-89.
 7. Har-Shai Y, Lindenbaum ES, Gamliel-Lazarovich A, Beach D, Hirshowitz B: An integrated approach for increasing the survival of autologous fat grafts in the treatment of contour defects. *Plast Reconstr Surg* 1999; 104: 945-54.
 8. Latoni JD, Marshall DM, Wolfe SA: Overgrowth of fat autotransplanted for correction of localized steroid-induced atrophy. *Plast Reconstr Surg* 2000; 106: 1566-9.
 9. Miller JJ, Popp JC: Fat hypertrophy after autologous fat transfer. *Ophthal Plast Reconstr Surg* 2002; 18: 228-31.