

# IMPLANTACIÓN DE HILOS DENTADOS

**DR. DENIS GUILLO**  
CIRUJANO PLÁSTICO  
LYON, FRANCIA

Este artículo describe una técnica de implantación de hilos dentados —o rusos— que, gracias a una serie de mejoras, permite obtener resultados muy superiores a aquellos realizados en un implante clásico.

El envejecimiento del rostro se refleja en fenómenos de involución y de flaccidez de los tejidos, así como en un tercer fenómeno, la contractura de los músculos cutáneos.

1. La involución de los tejidos se trata por medio de inyecciones que compensan el volumen perdido. Puede tratarse con autoinjertos de adipocitos o de diversos productos de relleno sintéticos.
2. La contractura se trata, en medicina estética, siempre y cuando sea posible, con toxina botulínica.
3. La flaccidez, por su parte, requiere una acción en diferentes niveles:
  - a. En el nivel superficial, una exfoliación con fenol, en lugar de láser CO2 o erbio, que produce un poderoso efecto de tensión superficial. Sin embargo, en una capa más profunda, aún persisten los signos de la ptosis.
  - b. En un nivel más profundo, los estiramientos quirúrgicos despegan la piel, los planos más profundos, o ambos, que se reposicionan más arriba después de haber eliminado el excedente.

Estas poderosas técnicas producen extensas cicatrices, por sólo mencionar su mayor desventaja. Su resultado, cuya naturaleza estética podría cuestionarse, es objeto de un gran cuestionamiento por parte del público.

- c. En un nivel intermedio, hipodérmico superficial o yuxtadérmico, se encuentran las técnicas de suspensión, inventadas en la década de 1960 por el Dr. Guillemain y que tienen un gran auge con los hilos rusos del Dr. Sulamanidze, patentados en Europa en 1999.

Estas suspensiones tienen numerosas ventajas, como piel intacta, reversibilidad del implante, anestesia local, costo moderado, pero también inconvenientes, entre los cuales cabe mencionar, como más importante, la falta de resultados constantes.

Su concepción es radicalmente opuesta al estiramiento quirúrgico, aun cuando su objetivo sea el mismo.

En cuanto a las diferencias, no hay disección ni ablación cutánea en las suspensiones; el tiempo de recuperación

por retracción cutánea es una novedad que habrá que considerar. De hecho, los estiramientos quirúrgicos reducen una piel ya distendida, por lo tanto, afinada por el estiramiento, mientras que los hilos no hacen más que devolver a la piel su longitud y posición inicial, obligándola a condensarse en un plazo variable, en función de su calidad.

Este artículo describirá nuestra experiencia sobre estas suspensiones, que practicamos con hilos rusos de longitud considerable (23 cm y más), implantados de a pares.

La elección de nuestra técnica no es fruto del dogma ni de la costumbre, sino que surge tras la reflexión que suscita tal escollo o de la conclusión inapelable que autoriza el resultado. Este avance, paso a paso, nos permitió ver resultados clínicos impensables hace sólo dos años.



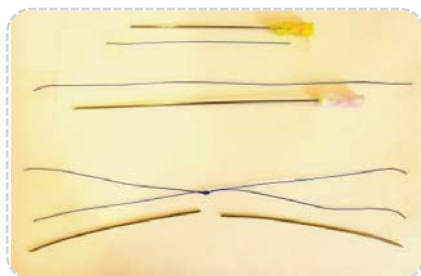
### Breve descripción de los hilos rusos

Hilos de polipropileno, de uso médico, por supuesto, de 0,3 mm de diámetro con una longitud de 12, 23 y pronto de 30 cm, dentados hacia el centro (dentado bidireccional convergente), a razón de 1 diente por cada mm.

La implantación de los hilos produce una reducción en la longitud de los tejidos en los cuales se los implanta. Esta simple reducción provoca un levantamiento de los tejidos, con el efecto estético buscado.

- Los hilos de 12 cm acortan levemente los tejidos, pero los levantan muy poco.
- Un hilo más largo es la evolución lógica más simple y vincula una zona débil con una zona sólida. La reducción provocada por el hilo levantará los tejidos débiles de manera muy eficaz. Pero el implante sobre tejidos sólidos no es suficiente y los resultados no suelen ser duraderos.
- La unión de 2 hilos largos con un nudo al medio es la solución escogida para mejorar el anclaje. Se forma por lo tanto una X, más difícil de implantar, pero cuyos brazos se implantarán por completo con una aguja de 15 cm. De esta manera se puede optimizar el anclaje dentado.

El nudo central permite también:



- Ejercer una poderosa tracción sin arrancar hilos.
- Consolidar el levantamiento al realizar el nudo muy arriba.
- Evitar que los hilos migren en algún sentido, aun sin nivelación.
- Garantizar una sencilla y segura reversibilidad del implante gracias al marcado de los nudos.

### Técnicas de implante (en cuello, mejillas y pómulos)

En las cejas, una zona con requerimientos muy diferentes, es imposible utilizar esta técnica. La muy poderosa tracción de los músculos corrugador y procerus en un corto segmento de la piel fina modifican completamente el contexto. En la actualidad se evalúa un implante algo más sutil.

#### Material

##### Marcado:

- Onyx Marker (se diluye con acetona)
  - Rojo para el rostro
  - Verde para el cuero cabelludo

##### Implante:

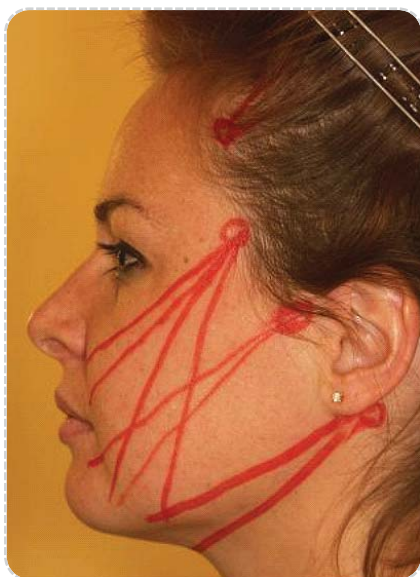
Agujas - anestesia

- Mésorelle (Italia) 30 G-25 mm para el rostro
- Terumo para el cuero cabelludo
  - Implante
- BD NoKor para los puntos de ingreso
- BD yale espinal 18 G 15 cm reducida a 13 cm para el implante

##### Otros materiales:

- Portaaguja
- Cureta ancha para salida de aguja en el rostro
- Pinzas: Dieffenback (pinza vascular para fijar e identificar los hilos)
- Pinzas de cabello
- Tijeras finas





El marcado, muy importante, ya no se basa tanto en las tracciones quirúrgicas oblicuas como en los primeros tiempos de nuestra especialidad.

De hecho, desde hace algunos meses, hemos abandonado los esquemas de tracción quirúrgicos y tendemos a verticalizar las tracciones. Desde entonces, vemos que los resultados mejoran considerablemente. Evitamos también pasar varias equis en un mismo punto.

La elevación vertical de un pómulo exige una acción sobre la sien; muy diferente de una acción sobre la ceja.

Anestesia: Sería ideal poder emplear Kalinox<sup>®</sup> (protóxido de nitrógeno + oxígeno). Mientras tanto, se puede optimizar por medio de la hipnosis.

Se realiza con xilocaína adrenalizada al 2% + 20% de bicarbonato al 1,4% a lo largo de todo el trayecto de los hilos a fin de minimizar las equimosis que perjudicarían el anclaje de los pequeños dientes. En este sentido, se utilizan agujas muy finas 30 G-25 mm que minimizan las lesiones de los tejidos.

Implante: La mayoría de las veces, el acceso es preauricular. Se perforan con una

aguja NoKor seguido de un mini despegue hacia arriba para dejar correr el nudo.

Se introduce una aguja de doble bisel 18 G, de 13 cm, pues se manipula con un portaaguja. Se la hace avanzar superficialmente por la hipodermis a profundidad constante, salvo hacia los pómulos donde avanza más profundamente. Posteriormente, se la dirige hacia la parte inferior de la ptosis hasta sobrepasar los pliegues nasogenianos y las líneas de marioneta antes de volver a salir.

Por lo tanto, la aguja constituye un túnel provisorio en el cual se introduce uno de los brazos de la equis. Se la extrae por el extremo contrario y se vuelve a comenzar con los otros tres brazos de la equis. El nudo se formará automáticamente y se colocan pinzas Dieffenbach en los extremos de los hilos para poder identificarlos en el cuero cabelludo. Salvo que se haya penetrado demasiado profundamente, lo cual es imposible con una aguja contenida, en este nivel de tejidos no se atraviesa ningún elemento anatómico peligroso, lo cual hace que este método sea muy seguro.

Sin embargo, es necesario tomar precauciones a la altura de las sienes, las cuales tienen un tejido muy fino, donde sería fácil perforar la vena temporal. La fijación se realiza por tracción hacia arriba, con el paciente en sedestación. La nivelación bilateral es anterior al corte de los hilos.

### Técnicas asociadas

Se deben realizar lipoaspiraciones o lipollenados antes del implante de los hilos. Las exfoliaciones, por su parte, deben realizarse después. Proponemos cada vez con mayor frecuencia una exfoliación con un fenol suave (CHEMILIFT) en la misma operación, para pacientes con piel átona. Es una muy buena combinación.



### Cuidados posoperatorios

Son más complejos que lo esperado y se debe sugerir al paciente tomar 1 semana de descanso, en particular cuando debido a una flaccidez importante se haya debido realizar una tracción muy fuerte. Las equimosis son frecuentes, pero menores desde que se anestesia con agujas finas de 30 G.

Los edemas se observan con mayor frecuencia cerca de los párpados inferiores desde que se practican las tracciones verticales. Se recomienda una ayuda para el drenaje.

Los dolores son muy variables, a veces considerables; a menudo se perciben como fuertes tensiones. Son importantes sobre todo cerca de los pliegues nasogenianos, las sienes y en zonas retroauriculares. Suelen disminuir en pocos días, pero pueden reaparecer muy ocasionalmente durante 1 ó 2 meses.

El aspecto marcadamente triangular es lo que más impresiona a los pacientes.

De hecho, llegan rectangulares y se van triangulares, lo cual es perturbador. Hay que tranquilizarlos al respecto en



los primeros días; el aspecto es normal, algunos pliegues desaparecerán. Hay que evitar los roces durante la noche, dormir con una almohada de avión (o una máscara de estiramiento facial), evitar cualquier manipulación vigorosa de la piel durante al menos un mes, ningún masaje ni maquillaje muy denso y emplear sólo un desmaquillante muy líquido.

Los resultados son en poco tiempo muy satisfactorios, pero puede presentarse un período transitorio de flaccidez al cabo de unos meses, seguido por un mejoramiento lento y duradero.

Un rostro tratado con este método aparece muy natural, pero lo que más satisface es que la boca no se agranda.



La recuperación del paciente es excelente y nos sorprendemos al comprobar la rapidez con que los pacientes incorporan esta noción de flaccidez y olvidan su pedido original de rellenar, aceptando así un tratamiento sin dudas más complejo, pero indudablemente más lógico.

La experiencia, que sólo es de 15 meses, es hasta ahora satisfactoria y la piel parece aprovechar perfectamente esta red de hilos para renovarse en menor tiempo, perpetuando así el resultado.

En conclusión, detalles tales como el largo, los nudos, la contención de la aguja, la verticalización de las tracciones y la minimización de las equimosis, mejoran considerablemente los resultados del implante de los hilos dentados. La facilidad del implante, la naturalidad de los resultados, la reversibilidad potencial constituyen argumentos sólidos frente a una propuesta quirúrgica. Sin dudas, se podrán concebir otros protocolos de implantes y son de esperar avances en la calidad de los hilos. IJM&S

