

INDICE

CAPITOLO 1

STRUMENTAZIONE E PREPARAZIONE DEL PAZIENTE	13
Accoglienza del paziente	14
Scelta dell'anestetico	14
Strumenti accessori	17

CAPITOLO 2

ZIGOMI	21
Il gioco della bellezza	22
Anatomia della regione malare	23
Tecnica di correzione zigomatica	26
Casi clinici	33

CAPITOLO 3

TEAR TROUGH	39
Anatomia del tear trough	40
Classificazioni del tear trough	41
Valutazione pre-trattamento	43
Tipi di trattamento	44
Modalità di trattamento del tear trough	46
Complicanze immediate	47
Complicanze ritardate	48
Casi clinici	51

CAPITOLO 4

GUANCE	57
Anatomia delle guance	58
Modalità di trattamento delle guance	60
Casi clinici	65

CAPITOLO 5

NASO	69
Anatomia del naso	70
Vascolarizzazione del naso	77

Tecnica di correzione del naso	78
Casi clinici	81
 CAPITOLO 6	
RUGHE NASO GENIENE	87
Anatomia delle rughe naso geniene	88
Correzione delle pliche naso geniene	89
Casi clinici	92
 CAPITOLO 7	
RUGHE DEL VISO	97
Le rughe come espressione dell'invecchiamento	98
Classificazione delle rughe	98
 CAPITOLO 8	
LINEA MANDIBOLARE	105
Anatomia della mandibola	106
Preparazione del paziente	108
Tecnica iniettiva	109
Complicazioni	110
Casi clinici	114
 CAPITOLO 9	
MENTO	117
Anatomia del mento	118
Correzione del mento	121
Casi clinici	128
 CAPITOLO 10	
REGIONE PERIORALE	135
Anatomia della regione periorale	136
Tecnica di correzione della regione periorale	137
Casi clinici	140
 CAPITOLO 11	
LABBRA	141
Anatomia delle labbra	142
Tecnica di trattamento delle labbra	150

Trattamento della linea del vermiglio	152
Rughe periorali del labbro superiore e inferiore	152
Aumento di volume delle labbra	152
Materiali: caratteristiche del filler	153
Filler per l'incremento volumetrico delle labbra	153
Filler per il miglioramento del profilo labiale	153
Tecnica del French Kiss	155
Casi clinici	162

CAPITOLO 12

SOPRACCIGLIA, TEMPIE E LOBI AURICOLARI	167
Anatomia delle sopracciglia	168
Correzione delle sopracciglia	169
Anatomia delle tempie	171
Correzione delle tempie	174
Anatomia del lobo auricolare	177
Correzione del lobo auricolare	178
Casi clinici	181

CAPITOLO 13

MANI	185
Anatomia delle mani	186
Materiali per la correzione delle mani	188
Tecnica di ringiovanimento delle mani	188
Casi clinici	193

CAPITOLO 14

COMPLICANZE DA FILLER	197
Classificazione delle complicanze	198
Complicanze precoci	199
Complicanze tardive	202
Conclusioni	204

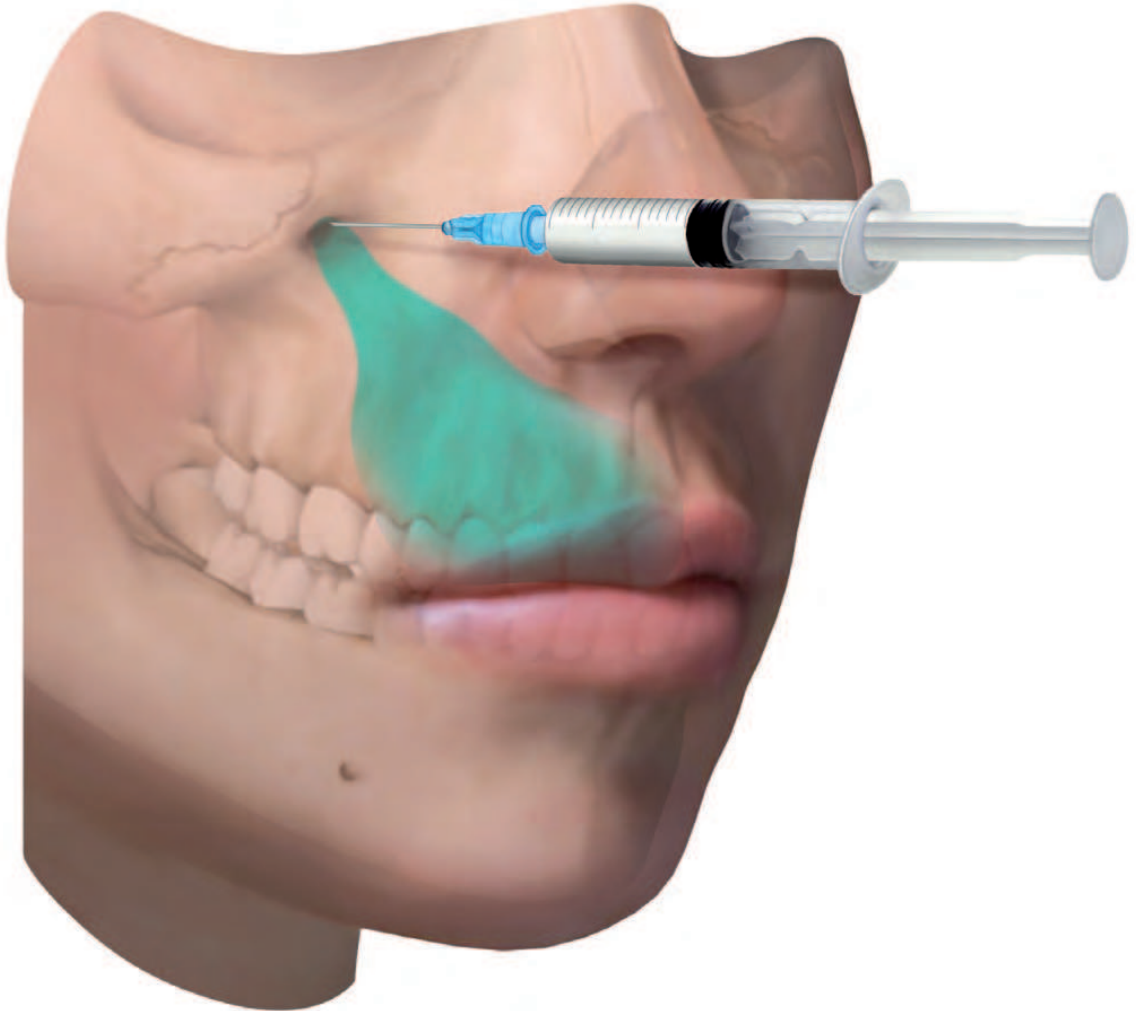


Figura 1 Blocco del nervo infraorbitario nel punto della sua emergenza

del nervo infraorbitario o l'applicazione di un unguento percutaneo ad alta concentrazione di lidocaina (33%), che dopo solo una decina di minuti avrà sortito il suo effetto.

Il nervo infraorbitario deriva dalla branca mascellare del nervo trigemino; percorre il canale infraorbitale dell'osso mascellare e fuoriesce a livello del forame infraorbitale a livello del terzo premolare superiore. Il punto di reperi è proprio il forame infraorbitale palpabile a livello del terzo premo-

lare superiore, nella cosiddetta fossa canina (figg. 1 e 2). La punta dell'ago deve essere introdotta parallelamente al palato nel canale infraorbitale e l'anestetico locale, di solito lidocaina con adrenalina all'1 o 2%, spinto il più distalmente possibile. Dopo l'iniezione è opportuno massaggiare energicamente il deposito in modo circolare per 30 secondi, al fine di ottenere una più efficace diffusione nel canale. Generalmente questo tipo di blocco copre del tutto l'area del labbro su-

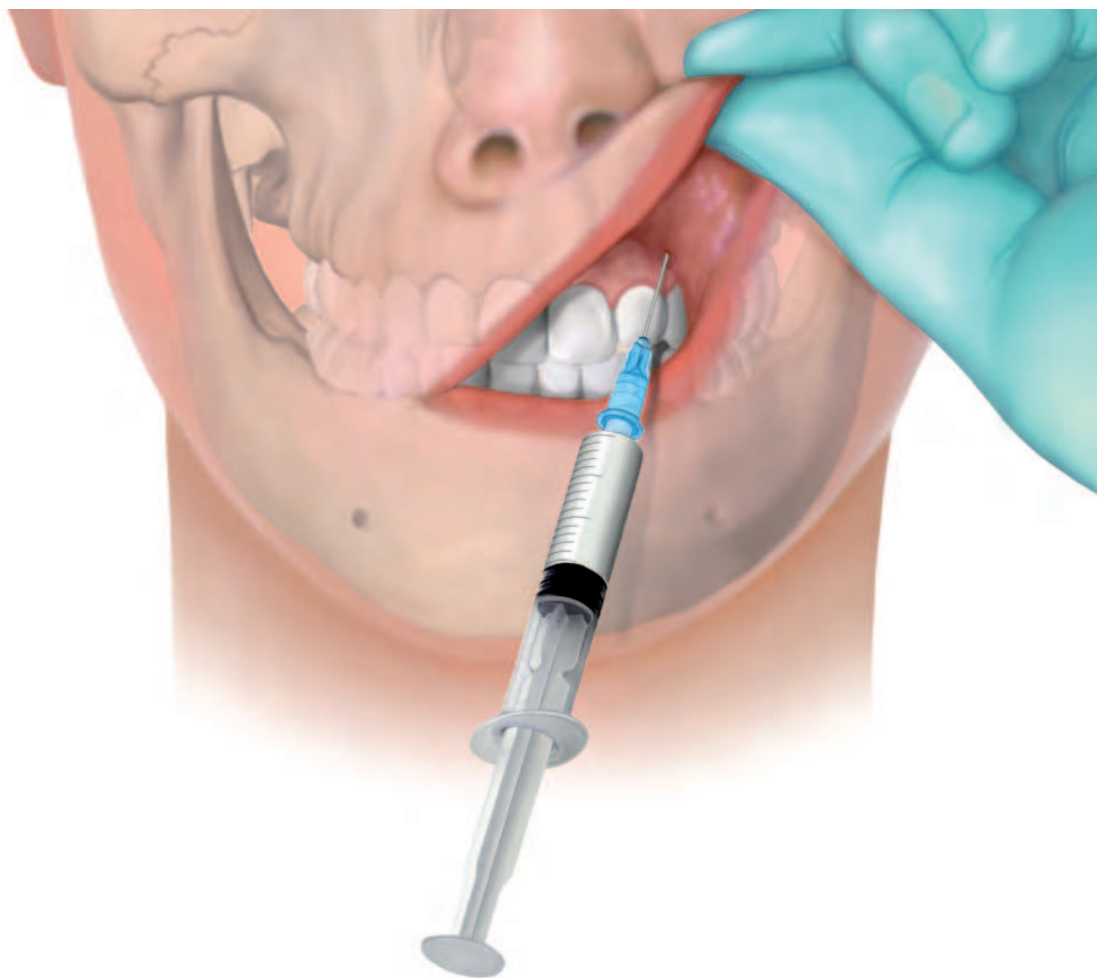


Figura 2 Tecnica di blocco del nervo infraorbitario

periore, talvolta delle ali nasali, e dura un'oretta.

Per il labbro inferiore, la cui infiltrazione è di solito meno dolorosa rispetto al labbro superiore, si blocca il nervo mentoniero, che è il ramo terminale del nervo alveolare, che fuoriesce all'altezza del forame mentoniero, situato al di sotto del secondo premolare inferiore (figg. 3 e 4). L'iniezione deve essere eseguita introducendo l'ago nel forame mentoniero principale, che si trova leggermente rostrale rispetto al forame

mentoniero, all'incirca a metà altezza della branca mandibolare.

Per chi invece volesse adoperare solo ed esclusivamente il gel anestetico, suggerisco la formula officinale di lidocaina 33% in unguento, che potrà essere preparata da un bravo e coscienzioso laboratorio farmaceutico. La sua applicazione provocherà una sufficiente analgesia, senza peraltro indurre uno scompaginamento dei tessuti che talvolta accade con l'anestesia infiltrativa, e durerà poco più di mezz'ora; l'effetto

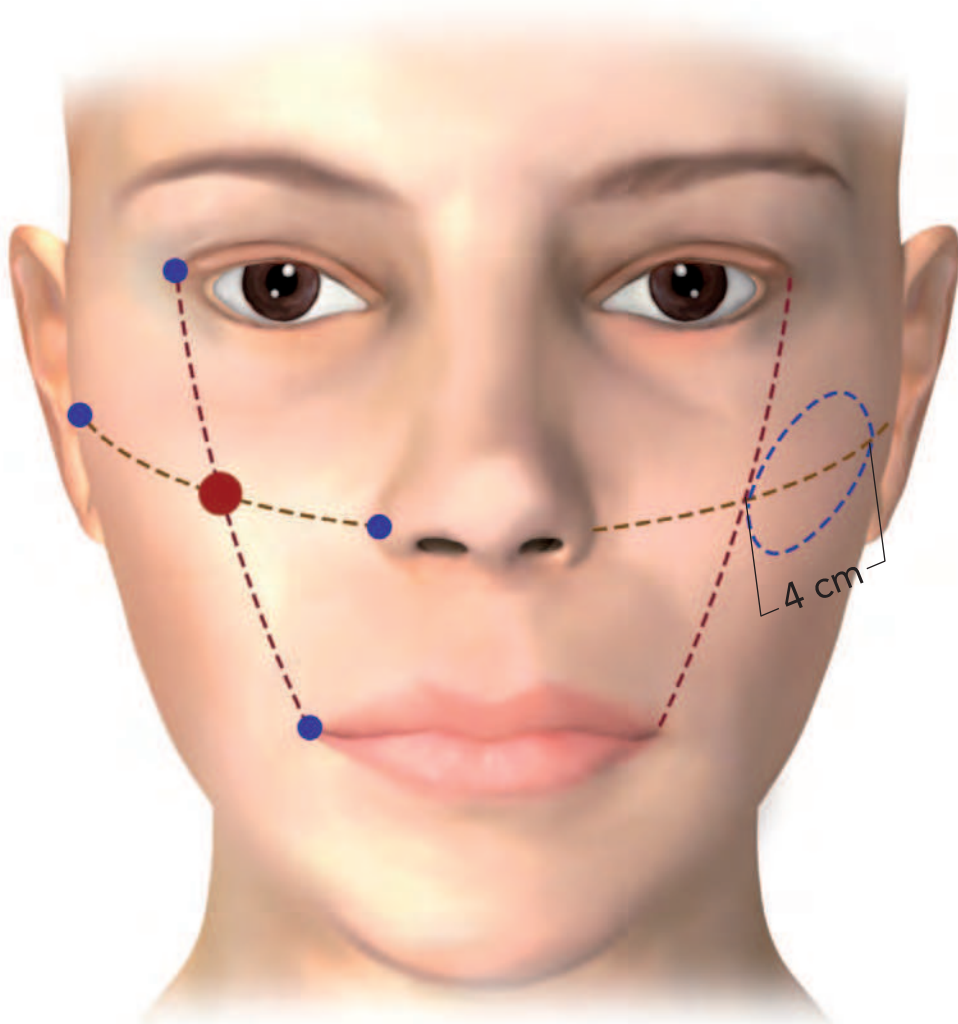


Figura 4 Disegno che individua la regione zigomatica da infiltrare

VIDEO 3



Disegno preparatorio
alla correzione zigomatica



VIDEO 4



Tecnica di correzione zigomatica



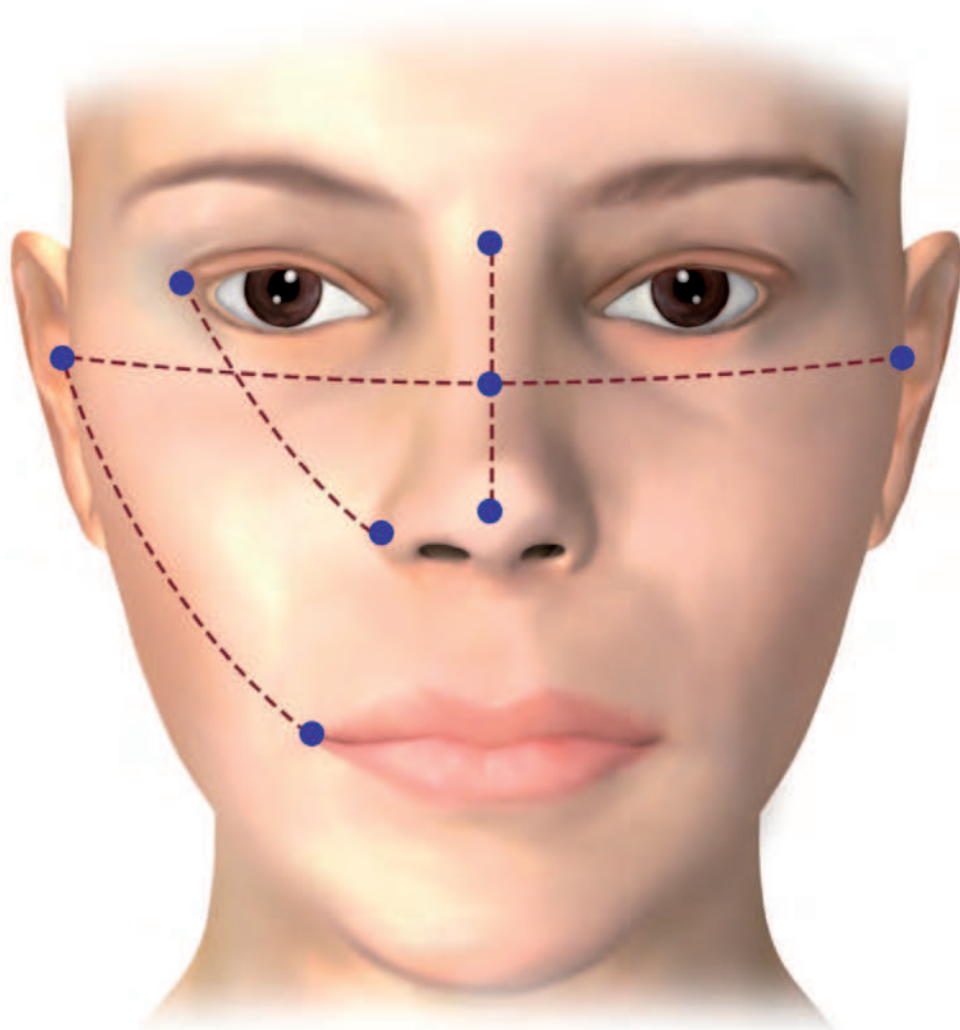


Figura 5 Disegno di Powell

punto di ingresso che raccomandiamo pre tragale, ove non vi sono strutture nobili da preservare (fig. 6).

Le ecchimosi così come gli altri effetti collaterali sono molto rari, mentre la soddisfazione della paziente è sempre elevatissima.

Qualche parola circa la dose da adottare. Oggigiorno le siringhe contengono tutte 1 cc di filler, che viene considerata la dose corretta per la malaroplastica, se impiegata per ciascun zigomo.

Di fatto però, 2 cc per entrambi gli

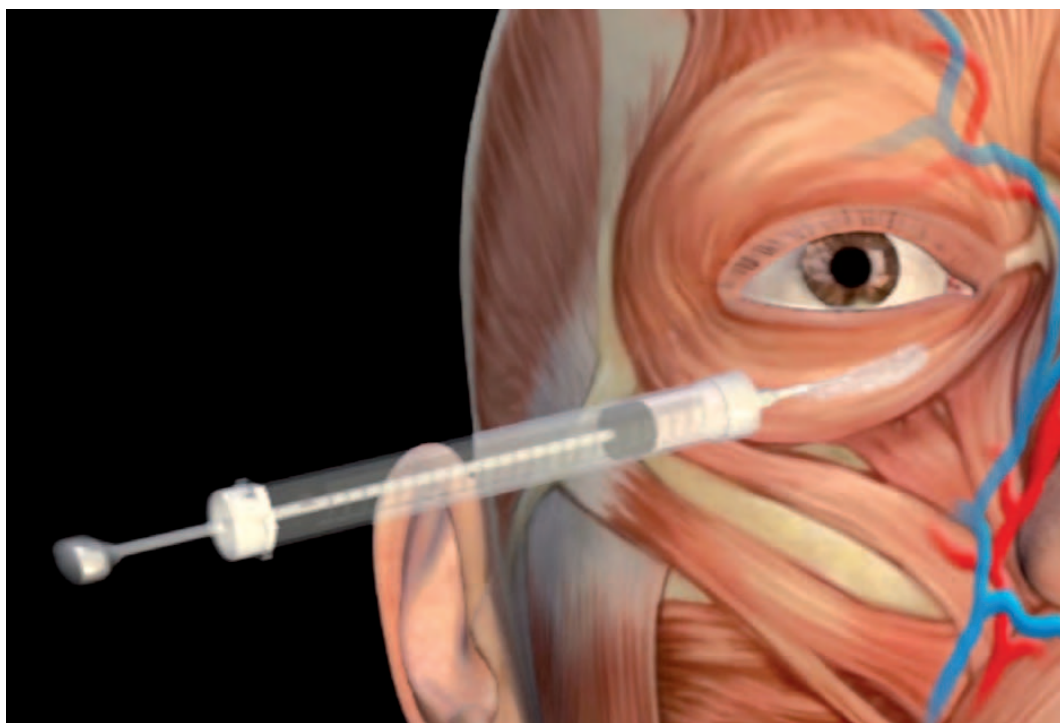
zigomi possono rappresentare un'iper-correzione che non sempre viene gradita e quindi possiamo immaginare che la "dose" corretta sia circa 1,6-1,8 cc per entrambi gli zigomi in unica soluzione.

Il consiglio dell'Autore però è di iniziare con 1 cc diviso nei due zigomi e poi controllare la paziente a 20-30 giorni ed eventualmente procedere con un nuovo ritocco per chi lo desidera.

Metà dose (0,5 cc) consentirà alle pazienti di vedere comunque un effetto



Tear trough e borsa palpebrale inferiore, una delle tre normalmente presenti



Tecnica di correzione del tear trough

CASI CLINICI

■ CASO CLINICO 1



PRIMA



VIDEO 2



Tear trough:
morphing del
prima e dopo

DOPO



Paziente di 28 anni, con tear trough congenito. Difatti non riferisce alcuna patologia che possa averlo causato. Lieve pigmentazione del medesimo difetto che potrebbe, in senso pratico, farlo definire "occhiaia" e per la quale non esiste terapia iniettiva che possa migliorarla.

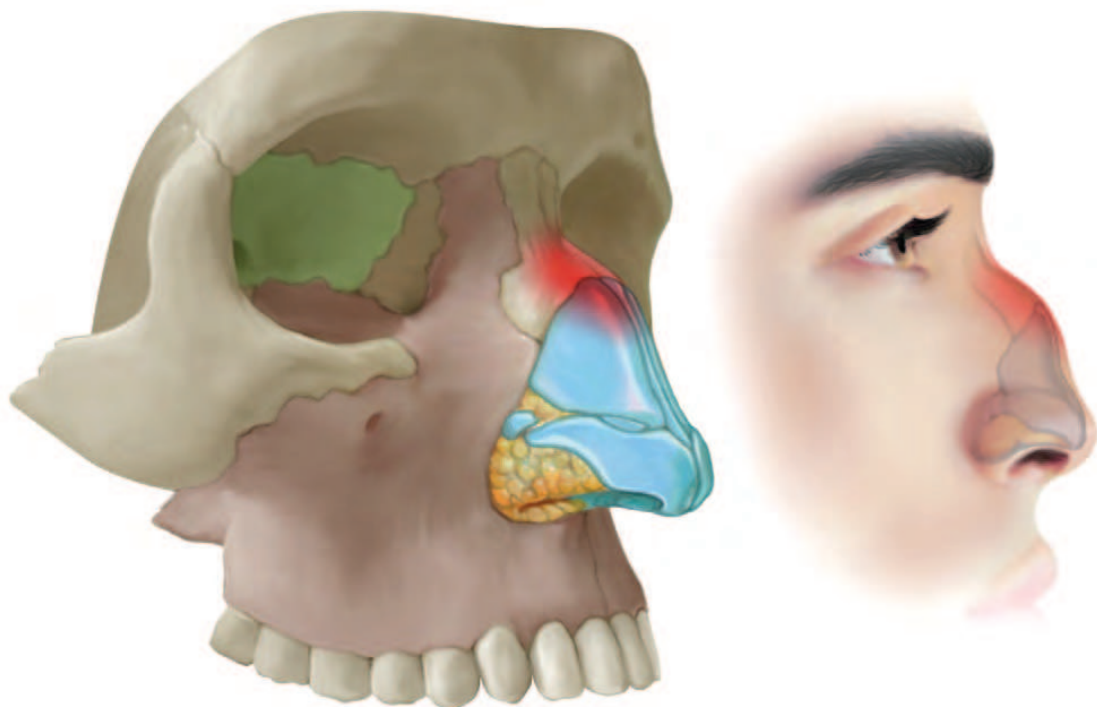


Figura 2 Gibbo osseo



Figura 3 Scheletro osteo-cartilagineo in proiezione anteriore

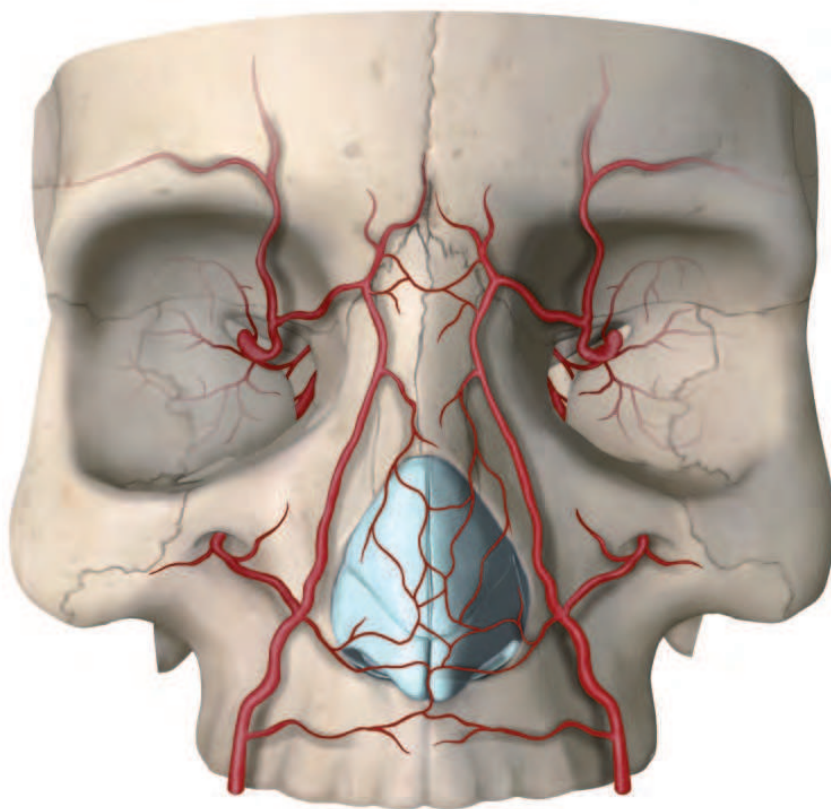


Figura 7 Irrorazione arteriosa del naso

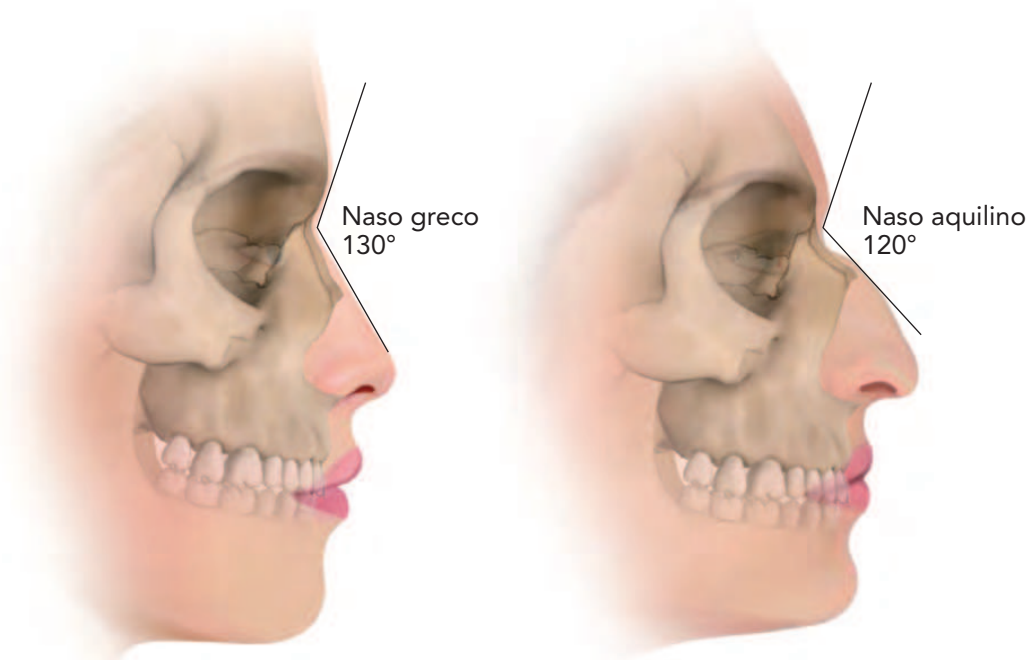


Figura 8 Differenze nell'angolo naso frontale

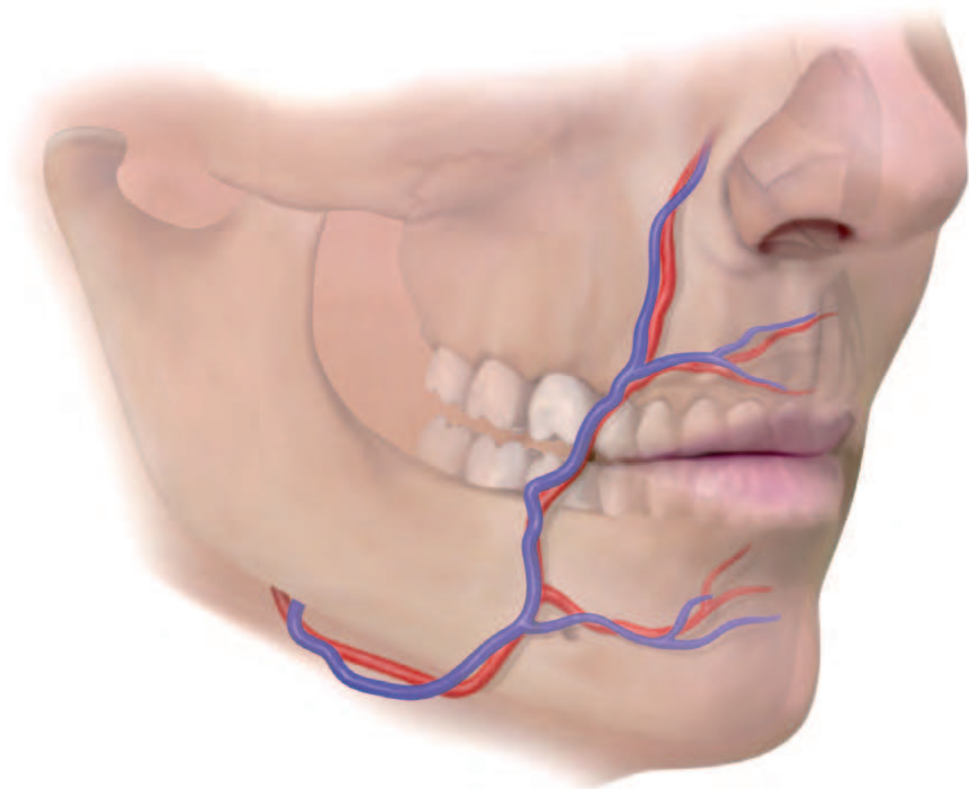


Figura 2 Arteria e vena faciale. Si noti il decorso e lo sfioccamento delle arterie e vene labiali inferiori e superiori

si fattori: riassorbimento osseo, riposizionamento del grasso sottocutaneo, sfiancamento dei muscoli e lassità cutanea sono tra i fattori principali che concorrono all'invecchiamento di questa regione. In particolare il riassorbimento dell'osso mandibolare legato all'età, la ptosi cutanea e la perdita di tono del muscolo depressore del labbro inferiore portano alla formazione delle rughe della marionetta.

Preparazione del paziente

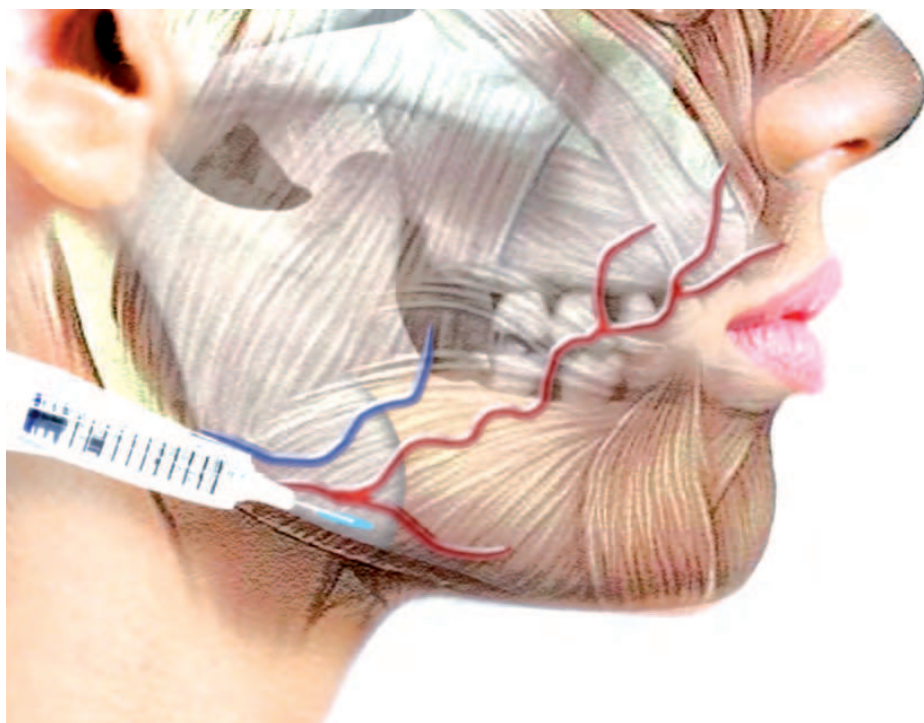
Come per tutte le procedure estetiche, anche per quanto riguarda il trattamento della regione mandibolare e del mento è fondamentale un'attenta valutazione del paziente prima di ese-

guire il filler. Particolare attenzione va posta all'angolo mandibolare, al profilo mandibolare, al mento, al prejowl e alle rughe della marionetta.

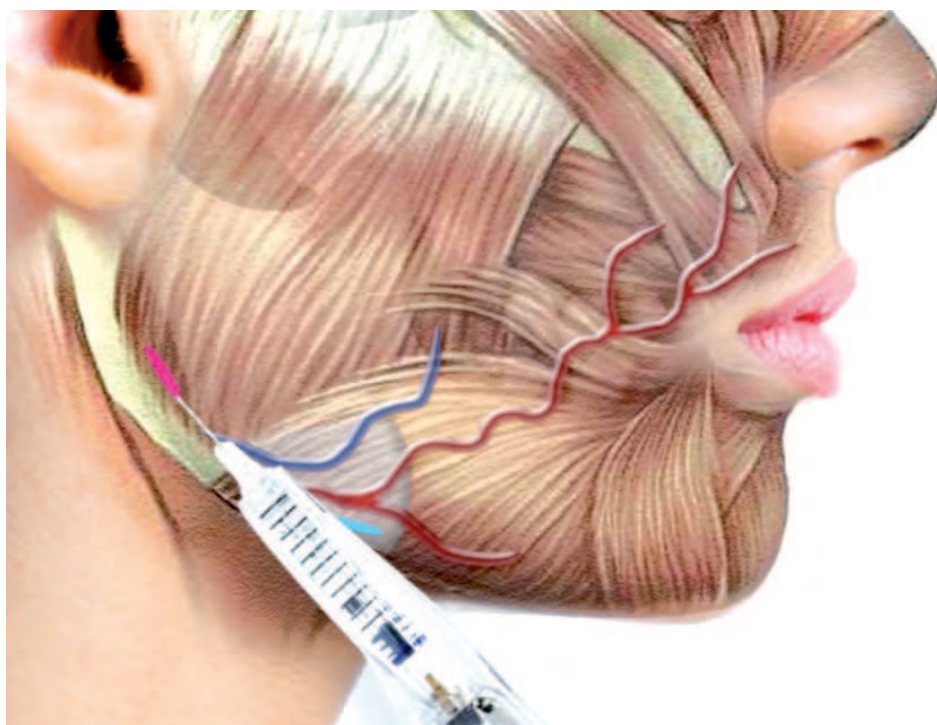
Il paziente va esaminato nella statica e nella dinamica e fotografato in posizione anteriore, obliqua e posteriore.

Il goal del trattamento è quello di rendere più dritta e decisa la linea mandibolare, di addolcire la transizione tra il mento e il jowl e di allungare il jowl anteriormente.

L'endpoint estetico nell'uomo differisce da quello della donna perché nell'uomo si ricercherà una mandibola più squadrata e prominente, lavorando anche sulla branca montante, rispetto a quella femminile e un mento più largo.



Anatomia grafica della regione mandibolare e tecnica iniettiva



Anatomia grafica della regione mandibolare e tecnica iniettiva



Trattamento iniettivo della linea mandibolare con tecnica multilayer: piano sovramuscolare



Trattamento iniettivo della linea mandibolare con tecnica multilayer: piano sovrapariosteale

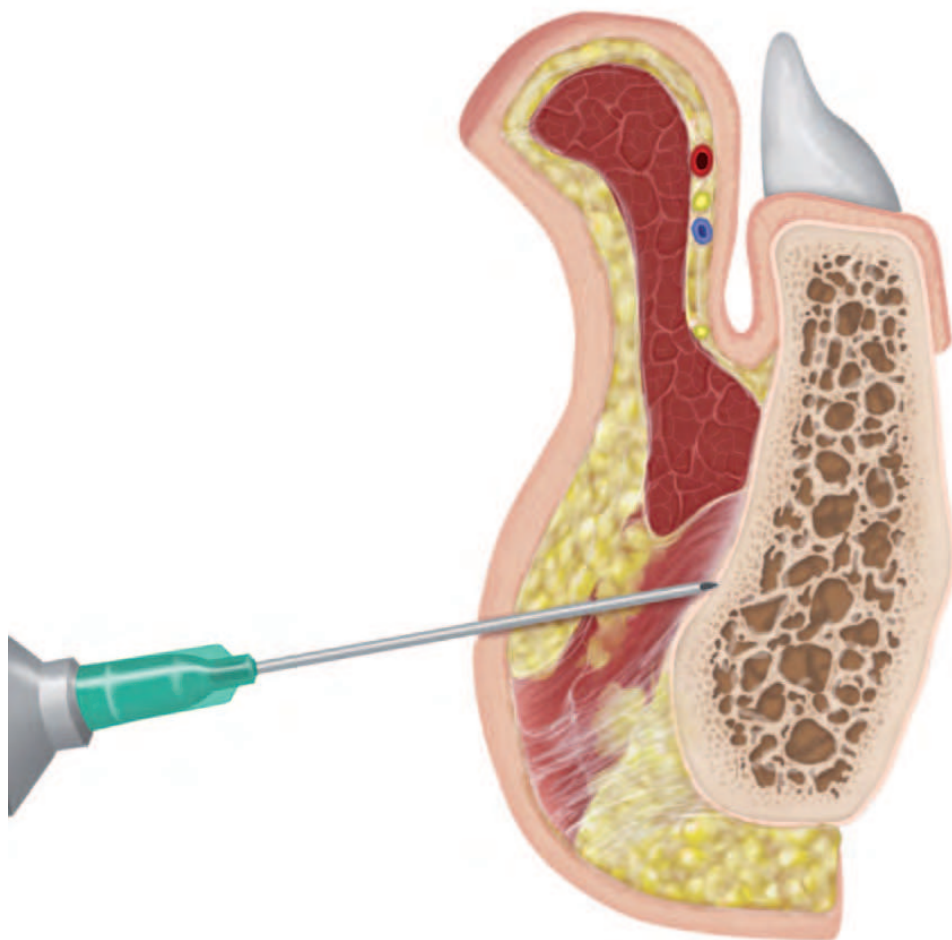


Figura 8 Correzione della regione mentoniera: tecnica di iniezione

La correzione potrà interessare solo la protuberanza mentoniera, se si vuole solo portare in avanti il mento, o in alternativa sia la parte anteriore che quella laterale, se si vuole ridefinire un mento più squadrato, certamente più maschile e volitivo.

La mentoplastica entra poi a pieno diritto nella correzione della linea mandibolare, poiché portando in avanti il mento si ottiene una distensione della linea stessa, di certo di lieve entità, ma comunque significativa (fig. 9).

Per la correzione volumetrica del men-

to con filler a base di acido ialuronico è indicato un prodotto denso e corposo, che dia sostegno, oppure l'esecuzione della tecnica dual plane, che consiste nell'iniettare in profondità un filler più consistente e a livello più superficiale rifinire con un filler, sempre volumetrico, più malleabile (filler dinamico), così da dare più naturalezza alla regione senza però esimersi dal dare supporto profondo (fig. 10).

Infine, occorre ricordare che l'unica area di rischio di questa tecnica risiede al di sotto del V dente dell'arcata man-

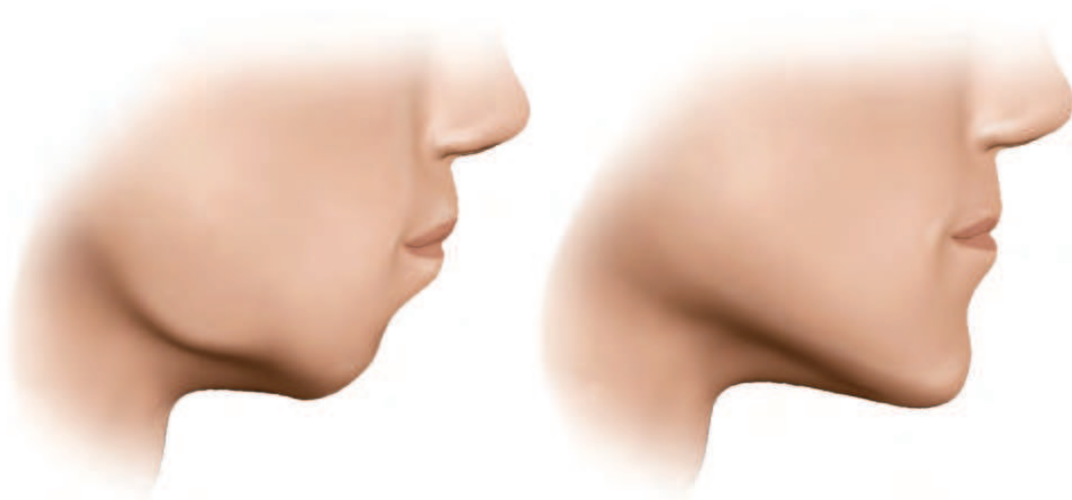


Figura 9 Distensione secondaria della regione mandibolare

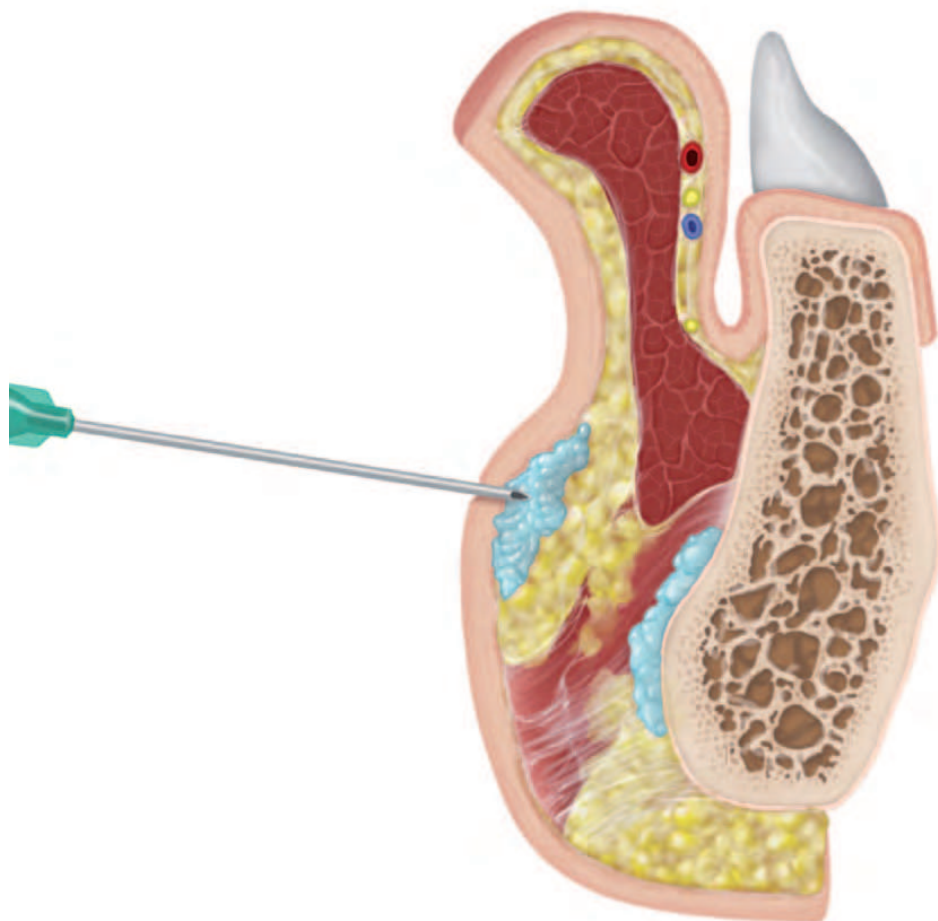
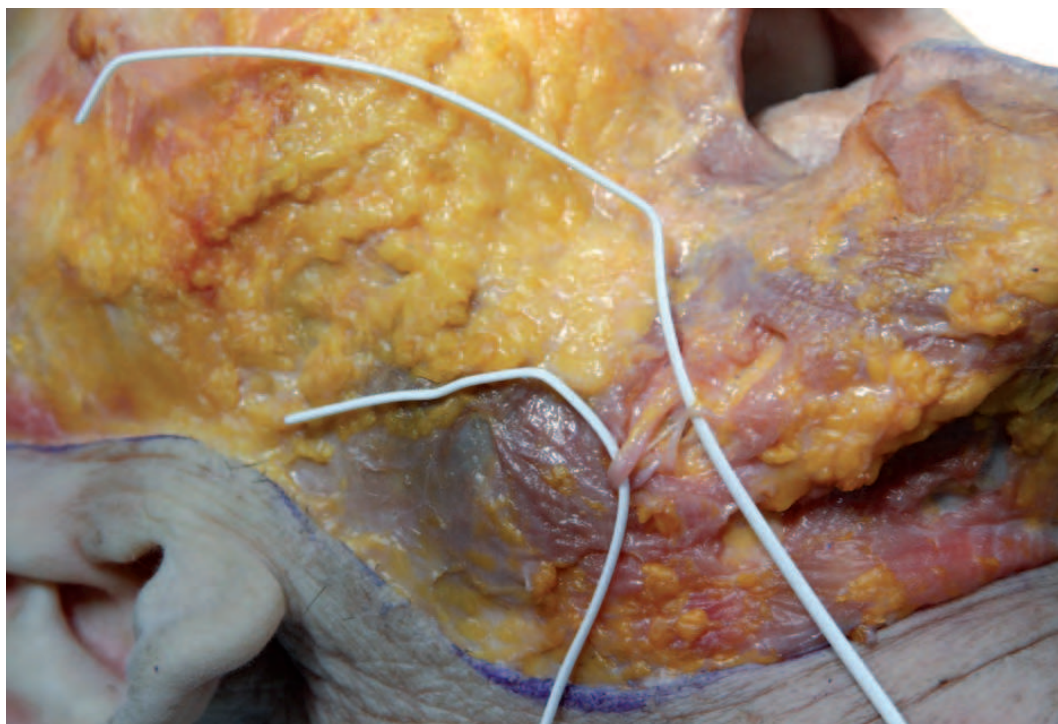


Figura 10 In sezione: tecnica di correzione della regione mentoniera

- de for Botulinum Toxin and Injectable Hyaluronic Acid Fillers: Focus on the Lower Face. *Plast Reconstr Surg.* 2017 Sep;140(3):393e-404e.
4. Sykes JM, Fitzgerald R. Choosing the Best Procedure to Augment the Chin: Is Anything Better than an Implant? *Facial Plast Surg.* 2016 Oct;32(5):507-12.
 5. Rho NK, Chang YY, Chao YY, Furuyama N, et al. Consensus Recommendations for Optimal Augmentation of the Asian Face with Hyaluronic Acid and Calcium Hydroxylapatite Fillers. *Plast Reconstr Surg.* 2015 Nov;136(5):940-56.
 6. Bertossi D, Galzignato PF, Albanese M, Botti C, Botti G, Nocini PF. Chin Microgenia: A Clinical Comparative Study. *Aesthetic Plast Surg.* 2015 Oct;39(5):651-8.
 7. Braz AV, Louvain D, Mukamal LV. Combined treatment with botulinum toxin and hyaluronic acid to correct unsightly lateral-chin depression. *An Bras Dermatol.* 2013 Jan-Feb;88(1):138-40.
 8. Vanaman Wilson MJ, Jones IT, Butterwick K, Fabi SG. Role of Nonsurgical Chin Augmentation in Full Face Rejuvenation: A Review and Our Experience. *Dermatol Surg.* 2018 Jul;44(7):985-993.
 9. Lorenc ZP, Bass LM, Fitzgerald R, Goldberg DJ, Graivier MH. Physiochemical Characteristics of Calcium Hydroxylapatite (CaHA). *Aesthet Surg J.* 2018 Apr 6;38(suppl_1):S8-S12.



Sfioccamento dell'arteria faciale in un preparato anatomico



Figura 2 Correzione della regione periorale: tecnica iniettiva

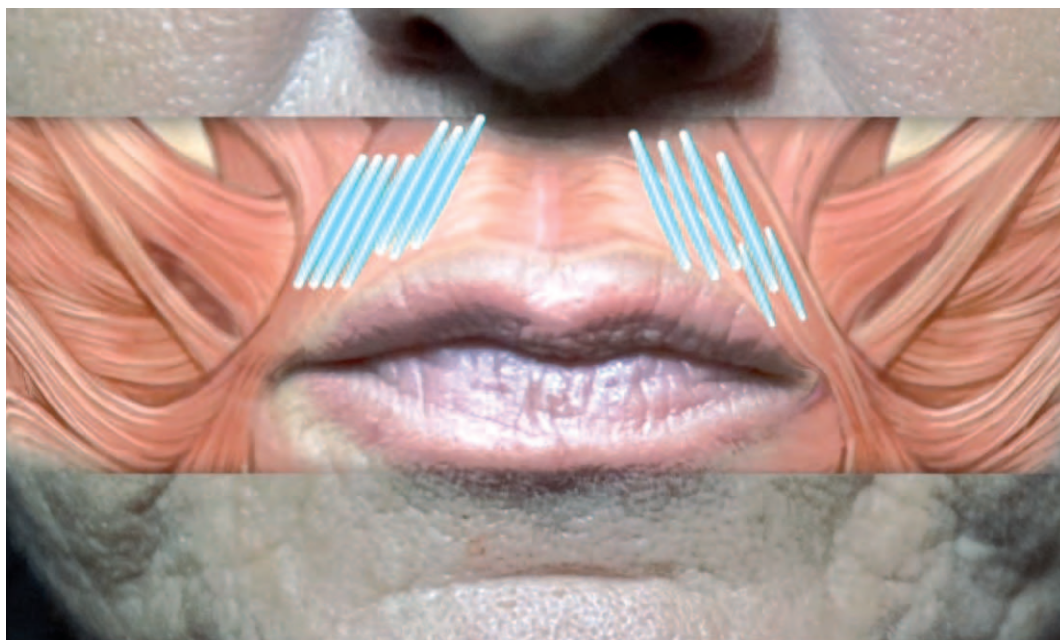


Figura 3 Tecnica di correzione della regione periorale: posizionamento del filler

CASI CLINICI

■ CASO CLINICO 1



VIDEO 1



Correzione delle rughe periorali con dettagli di anatomia e grafica della correzione stessa

PRIMA



VIDEO 2



Correzione delle rughe periorali con tecnica lineare comparata alla tecnica verticale

DOPO



Paziente di 60 anni, fumatrice, con spiccato photoaging. Correzione delle rughe lineari sovraorali, con HA biodinamico per favorire l'adattabilità alla regione, circa 1 ml con tecnica lineare. Massaggio modellante post iniettivo.