

Dra. Nuria Pfeiffer¹, Dr. Markus Pfeiffer²

¹Oftalmóloga. Cirugía oculoplástica y reconstructiva. Lidclinic Pfeiffer. Munich.

²Oftalmólogo. Cirugía oculoplástica y reconstructiva. Lidclinic Pfeiffer. Munich.

E-mail: nuriapfeiffer@gmail.com



Dra. Nuria Pfeiffer

El reto de los festones malares. Actualización en su manejo

RESUMEN

Los festones malares son bolsas superficiales que se forman por degeneración del músculo orbicular y se localizan anatómicamente por debajo del ligamento orbitomalar. La pérdida de tejido muscular sano se manifiesta con laxitud, infiltración de grasa y edema. El médico estético ha de saber reconocer los estadios de los festones malares; ya que determinadas actuaciones, como su infiltración con ácido hialurónico empeorarán el aspecto del festón con incremento del edema.

Los festones incipientes pueden beneficiarse mediante tratamiento de radiofrecuencia o láser de CO₂; los festones de grado leve y moderado pueden resolverse mediante transposición del tejido degenerado, es decir, un *lifting* malar. El grado pronunciado o severo solo se puede resolver con la escisión directa del tejido implicado.

Palabras clave. Festones malares, ligamento orbitomalar, *lifting* malar, SMAS, ácido hialurónico.

ABSTRACT

Malar festoons are superficial under eyelid bags formed by a degenerate strip of the orbicularis muscle located anatomically below the orbitomalar ligament. Degeneration manifests as loss of healthy muscle tissue, with laxity, fat infiltration and edema. It is important for the aesthetic doctor to know how to anatomically recognize malar festoons since their infiltration with hyaluronic acid will worsen the appearance of the festoons due to fluid retention.

Early stage festoons can benefit from treatments such as radiofrequency or CO₂ laser. Light and medium grade festoons can be resolved by transposition of the degenerate tissue. The severe degree can only be resolved with direct excision of the degenerated tissue.

Keywords. Malar festoons, orbitomalar ligament, malar lift, SMAS, hyaluronic acid.

INTRODUCCIÓN

Los festones malares se presentan como una variación de bolsa del párpado inferior; no obstante, es importante distinguirlos de una bolsa de grasa típica del párpado inferior, ya que su anatomía y tratamiento son diferentes. El festón se forma por degeneración parcial de fascículos del músculo orbicular en su porción medial o medio-lateral, dando lugar a un descenso desde el plano que sigue el reborde orbitario inferior (Figura 1) (1).

La laxitud anatómica del músculo orbicular hace que se pierda su contribución al bombeo linfático, lo que se manifestará fisiopatológicamente como una estasis linfática con

características clínicas específicas. Por ello, la imagen típica se correlaciona con la retención de fluidos confinados entre los ligamentos de retención periorbitarios, como el ligamento de retención orbicular y el cigomático cutáneo, a pesar de que en esta región anatómica los vasos linfáticos son especialmente escasos (2).

Es importante distinguir los festones de las bolsas de grasa típicas. Las bolsas inferiores se producen por la proyección de la grasa a través de los septos orbitarios que, con el tiempo y la edad, se vuelven más finos y menos resistentes a la herniación de dicha grasa; en cambio, los festones se producen por el descenso del músculo orbicular (Figura 2).

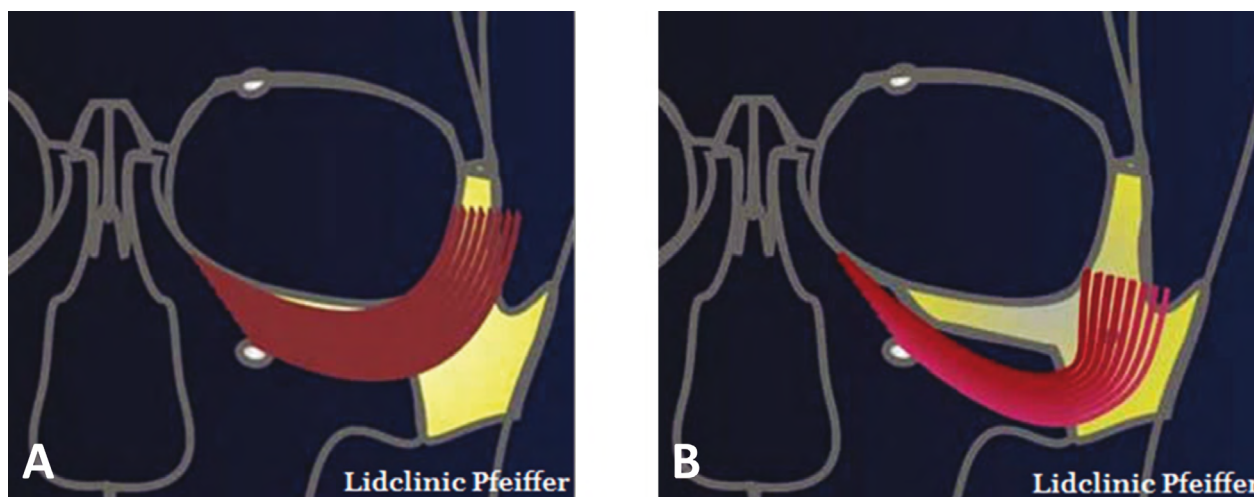


Figura 1. A. En condiciones normales el m. orbicular se encuentra adherido al margen orbitario y en un plano superior al ligamento orbitomalar. B. Cuando se producen festones malares, el m. orbicular pierde tensión y desciende por debajo del ligamento orbitomalar.

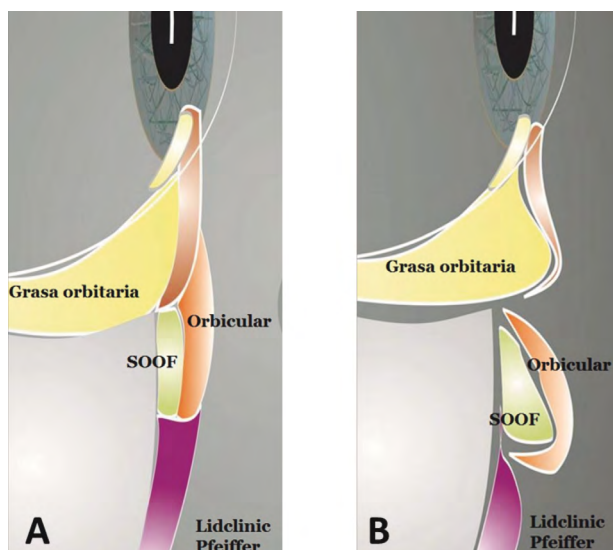


Figura 2. A. Párpado inferior sin alteraciones. La grasa orbitaria se encuentra contenida del septo orbitario y el m. orbicular está adherido a la órbita.

B. Las bolsas de grasa palpebrales inferiores se proyectan anteriormente a través del septo orbitario. Los festones produce un descenso del m. orbicular desde su anclaje orbitario acompañado de laxitud excesiva.

Podremos diferenciar estas bolsas de los festones considerando como frontera anatómica el surco orbitomalar. De manera simplificada se puede considerar que por encima del surco se formarán las bolsas de grasa y por debajo de él los festones (Figura 3). Asimismo, debe tenerse en cuenta que las bolsas grasas se localizan en un plano más profundo y los festones en uno más superficial debido a que el principal implicado es el propio m. orbicular (3).

En base a nuestra experiencia, consideramos que los festones de grado leve y moderado se beneficiarán de un *lifting* malar, destinado a reposicionar y fijar el músculo orbicular en el nivel más elevado; aunque, en caso de festones severos no será suficiente el *lifting* malar y se precisará un abordaje directo de los mismos (4, 5).

El objetivo de este trabajo es estudiar el grado de mejoría que se produce al tratar los festones malares quirúrgicamente, con dos técnicas distintas en función del grado de severidad que presenten.

MATERIAL Y MÉTODO

Se presenta un estudio retrospectivo sobre 50 pacientes intervenidos quirúrgicamente por festones malares clasificados con grados leves, moderados y/o graves. Las variables que se midieron fueron el grado del festón (leve, moderado, severo), si se realizaron tratamientos previos, datos demográficos de los pacientes y el grado de satisfacción postquirúrgica por parte del médico. Los pacientes fueron intervenidos entre los años 2010 y 2015 por el mismo cirujano oculoplástico, para evitar un sesgo de habilidad quirúrgica, y se llevaron a cabo en la clínica oculoplástica Lidclinic Pfeiffer (Munich, Alemania).

La edad media de los pacientes era de 50 años, siendo un 46% varones y un 54% mujeres. De los festones que se intervinieron: 20% fueron de grado leve, 50% de grado moderado y 30% de grado severo. Los criterios de inclusión fueron incorporar al estudio todos aquellos pacientes intervenidos de festones malares, de cualquier grado, entre los años 2010 y 2015 por el mismo cirujano, a fin de evitar sesgos sobre distintas habilidades quirúrgicas; que tuvieran historia clínica completa e imágenes archivadas

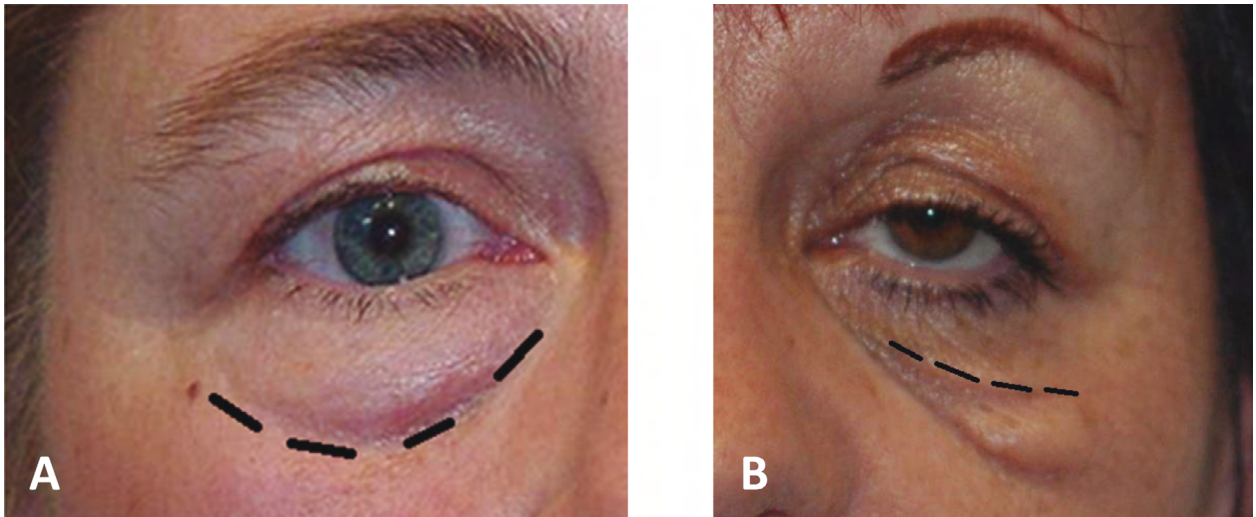


Figura 3. A. Las bolsas de grasa inferiores se reconocen como una proyección a través de los septos orbitarios y se localizan por encima del surco orbitomalar. B. Los festones malares aparecen como un pliegue superficial de la piel y el m. orbicular debido a la desinserción del m. orbicular de su anclaje al periostio del canto lateral de la órbita. Suele encontrarse por debajo del surco orbitomalar.

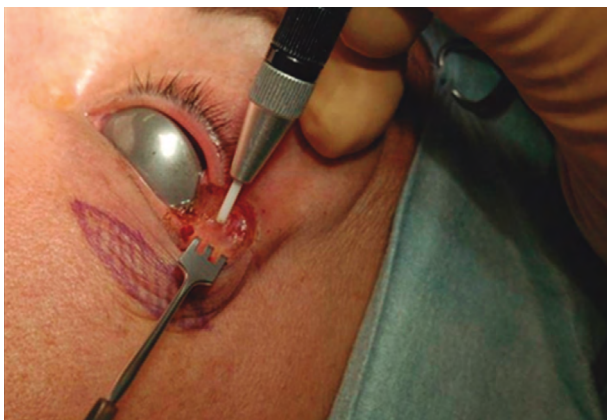


Figura 4. Se observa la apertura del canto externo (cantotomía) mediante láser de CO₂. El área del festón se ha marcado previamente con rotulador. El paquete muscular implicado se alcanzará avanzando verticalmente en profundidad.

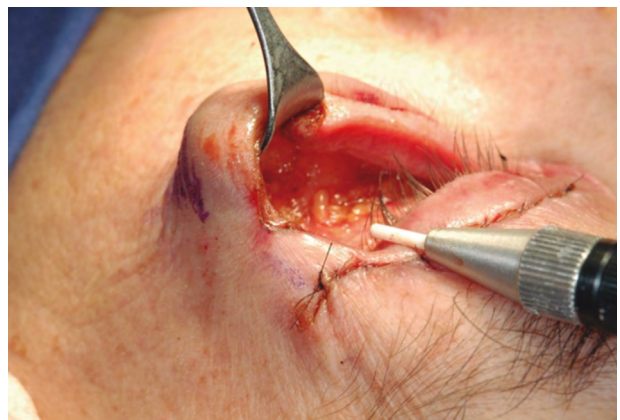


Figura 5. El acceso al paquete graso y muscular de la zona malar se realiza de forma vertical desde la cantotomía. El láser de CO₂ contribuye eficazmente a tener un campo quirúrgico libre de sangre.

de preoperatorio y postoperatorio; contarán un tiempo de seguimiento de 5 años, y hubiera una encuesta de satisfacción realizada por el cirujano transcurridos 5 años después de la intervención, y se clasificó en 3 grados: baja, media y alta. Se excluyeron los pacientes que no cumplieran los criterios previamente nombrados. Los pacientes con festones de grado leve y moderado fueron intervenidos con *lifting* malar, mientras que a los de grado severo se les practicó escisión directa.

Todos los pacientes otorgaron su consentimiento para ceder el uso de sus datos e imágenes con fines de publicación. El estudio previo se presentó y fue aceptado por el

comité ético adscrito a la clínica. Adicionalmente se realizó una búsqueda de información relacionada con el presente estudio a través de 3 bases de datos (PubMed, SciELO y Scholar), para contrastar nuestros resultados con lo publicado en la literatura.

El *lifting* malar se consideró como tratamiento de elección para los festones leves y de grado medio (4). El acceso quirúrgico se realiza a través de una incisión en el canto lateral externo (cantotomía) practicada mediante láser de CO₂ (Figura 4) alcanzado verticalmente el paquete muscular y graso (SOOF) del área malar, que ha sido previamente marcada. La contribución del láser de CO₂

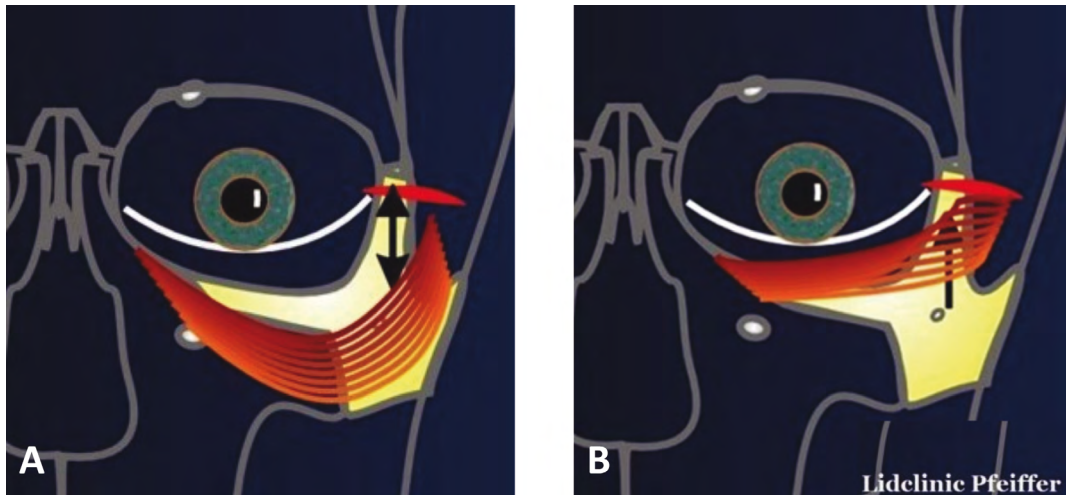


Figura 6. A. Mediante el *lifting* malar se logra elevar el m. orbicular descendido y la grasa malar.
B. Tras la elevación se fija el m. al periostio orbitario.

aporta un campo exangüe facilitando las maniobras quirúrgicas (Figura 5). Una vez alcanzado el plano quirúrgico se separa de sus adherencias al periostio y se eleva el paquete en su conjunto, suturándolo al periostio orbitario a la altura del canto externo. A continuación, se obtiene una tira tarsal para fijar el párpado inferior al periostio del canto externo. La sutura del SMAS se realiza por encima de la tira tarsal, y se fija también al canto externo. Este anclaje al periostio orbitario es fundamental para un resultado duradero. No se recomienda suturar sobre músculo ni otras partes blandas debido a la movilidad y escasa consistencia de estas estructuras. De esta forma, se consigue un

ascenso del músculo orbicular y de toda la región malar (Figura 6). Finalmente, se realiza una resección del exceso de piel. Este paso es importante hacerlo en último lugar para asegurarse de no sobreestimar la cantidad de piel a resecar y evitar complicaciones como el ectropión y otras malposiciones palpebrales (Figura 7) (6).

Los festones de grado severo se beneficiarán de una resección directa (Figura 8) abordando el festón con bisturí y resecaando el exceso de piel y músculo. La principal desventaja de esta técnica son las cicatrices que se producen en la región malar, aunque a los 3 meses las cicatrices suelen pasar desapercibidas.

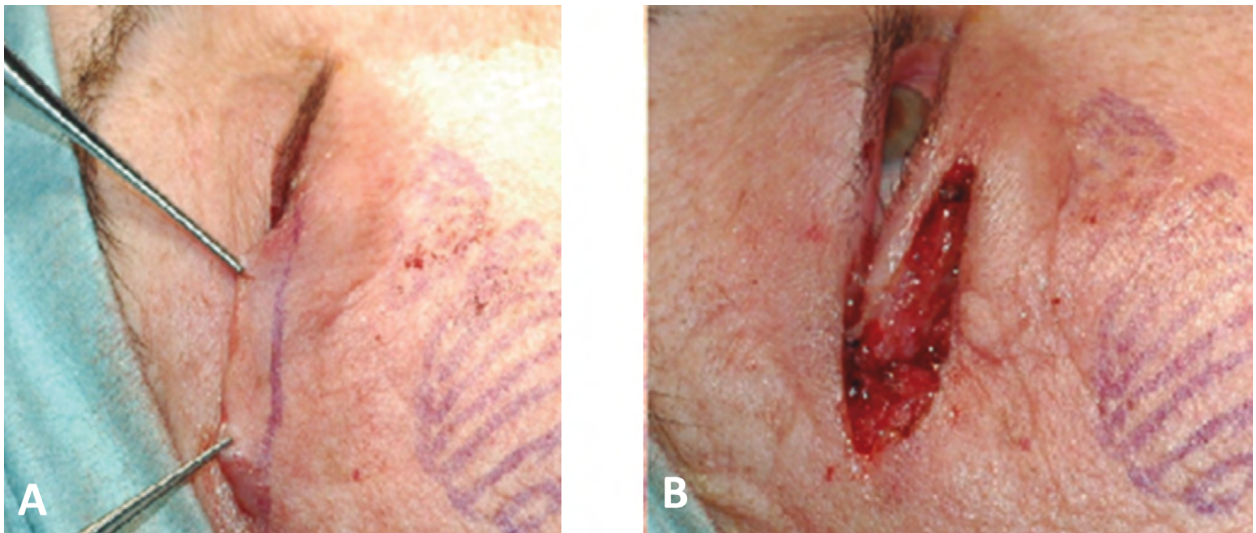


Figura 7. A. Resección del exceso de piel. Este paso debe realizarse en último lugar, una vez suturado el paquete malar y el SMAS al periostio y anclada la tira tarsal al canto externo.
B. de esta forma se evitará el ectropión o una tensión excesiva de la sutura.

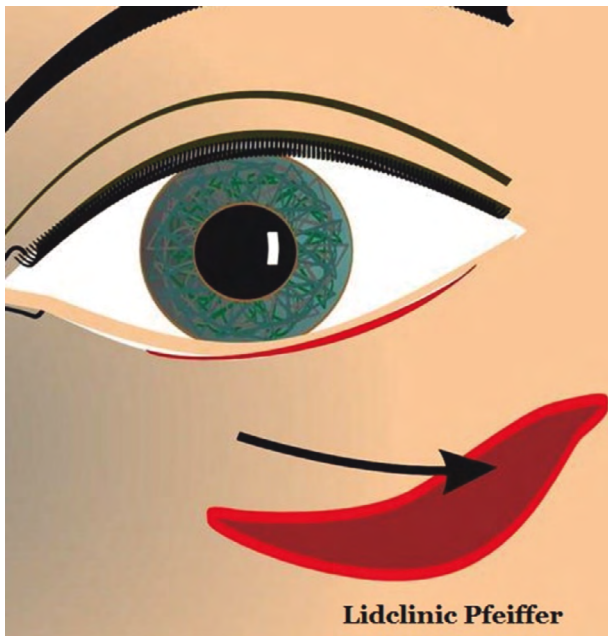


Figura 8. En caso de festones de grado severo se procede a la escisión directa del festón y sutura posterior.

RESULTADOS

En nuestra muestra de 50 pacientes con festones malares desde grados leves hasta severos tratados de forma quirúrgica se obtuvo una satisfacción alta por parte del cirujano en el 76% de los casos, moderada en 17,1% y baja solamente en un 6,9%. Del 20% de los casos con festones leves se obtuvo una alta satisfacción en el 100% de los tratados, pero a medida que empeora el grado del festón decrece la satisfacción del cirujano. En los pacientes con grados moderados de festón malar se obtiene satisfacción alta en el 85% de los mismos, moderada en un 10% y baja en un 5%. Sin embargo, en el grupo de pacientes con grados severos la satisfacción alta solo se alcanza en el 50% de los mismos, siendo moderada en un 32% y baja en el 18% de los mismos.

En base a nuestros resultados el *lifting* malar fue la mejor opción para la mayoría de los festones por la reposición anatómica obtenida, al conseguir elevar el músculo orbicular descendido y su reposición con tensado del mismo a un nivel más alto. El *lifting* malar es una técnica quirúrgica dificultosa que debe realizarse en manos expertas, cirujanos especializados en cirugía oculoplástica, ya que no está exenta de complicaciones: ectropión; pliegues cutá-

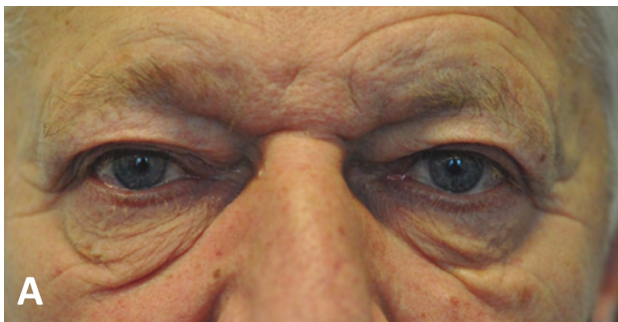


Figura 9. A. El paciente presentaba festones malares de grado medio antes del tratamiento.
B. Resultado alcanzado 1 mes después de realizar *lifting* malar asistido con láser de CO₂.



Figura 10. A. Antes de ser intervenida la paciente presentaba festones de grado medio, más pronunciados en el lado izquierdo. Además de ptosis bilateral de los párpados superiores.
B. Resultado tras practicar *lifting* malar láser-asistido asociado con blefaroplastia superior.

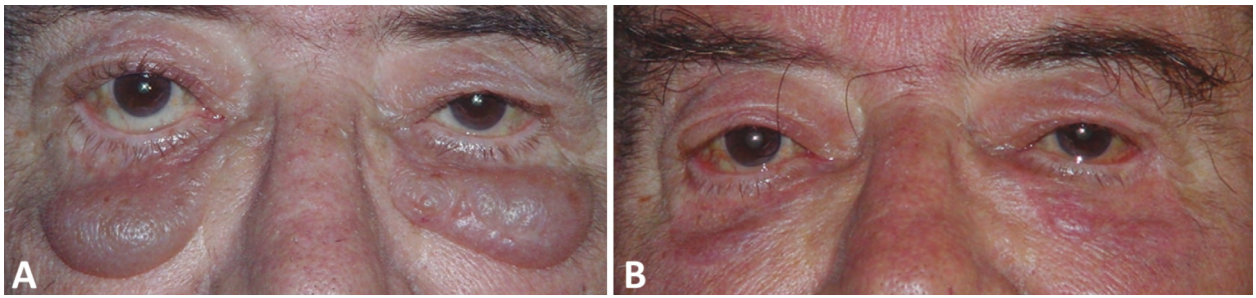


Figura 11. A. Este paciente presentaba festones de grado severo asociados a edema malar.

Obsérvese la exposición de la esclera, especialmente en el ojo derecho.

B. Resultado obtenido a los 3 meses de la intervención mediante escisión directa de los festones.

Las cicatrices son prácticamente imperceptibles y hay reducción parcial de la exposición escleral.

neos antiestéticos; diplopía; afectación del nervio cigomático facial, rama del trigémino, que ocasionará parestesias secundarias, o de la rama cigomática del nervio facial, que ocasionaría una parálisis facial. En manos expertas los resultados son buenos y duraderos (Figuras 9 y 10).

En el caso de pacientes con festones severos se consideró la mejor opción el abordaje directo de los mismos. Obviamente, quedarán cicatrices residuales, aunque tienden a minimizarse pasados los 3 meses desde la intervención (Figura 11). Lo deseable sería que los pacientes no alcanzaran estos grados de severidad.

No se reseñaron complicaciones graves en los pacientes estudiados. Las más frecuentes, en caso de festones de grado leve y moderado, fueron: hematoma en el 60% de los pacientes y edema duradero (más de 3 meses) en el 30% de los mismos. Sin embargo, los pacientes intervenidos mediante escisión directa, por tener festones de grado severo, presentaron complicaciones en porcentajes más elevados, como hematoma (50%), edema duradero (20%) y cicatrices marcadas tras más de 3 meses desde la cirugía (8%).

DISCUSIÓN

Los festones malares son un reto médico diagnóstico y un abordaje quirúrgico complejo, ya que la anatomía y fisiopatología de los mismos es multifactorial y su tratamiento requiere de personal capacitado y bien entrenado (1). Reconocemos que el sistema de puntuación y la metodología empleada en este estudio retrospectivo es subjetiva y probablemente no altamente reproducible; aunque esa es la naturaleza de la cirugía estética, que es tanto arte como ciencia. Nuestro estudio posee limitaciones considerables, pero ofrece una visión global del tratamiento quirúrgico de esta condición estética, apoyando la teoría, ya expuesta en otros estudios, que el *lifting* malar láser-asistido es la mejor opción de tratamiento para los festones malares de grado leve y moderado, con un alto grado de satisfacción para el

médico y los pacientes (7, 8). No obstante, consideramos que en el caso de festones de grado severo el mejor tratamiento será la escisión directa, en concordancia con otros estudios publicados (9, 10). El trabajo se podría mejorar con un enfoque prospectivo y aleatorizado a los pacientes.

En festones de grado incipiente se pueden iniciar tratamientos médicos aplicando láser de CO₂ o radiofrecuencia (11, 12). También se han comunicado buenos resultados en festones de grado leve cuando se acompañan de edema linfático mediante inyección de tetraciclinas; aunque, según nuestra experiencia son tratamientos temporales que retrasan la aparición del festón, pero no lo evitan (13, 14). Para el médico estético es conveniente saber reconocer los festones malares para evitar o aconsejar tratamientos contraproducentes, como la inyección con ácido hialurónico. Los festones malares, debido a su etiología, tienden a retener líquido; por lo tanto, el tratamiento con hialurónico empeorará el edema. Tampoco es buena idea realizar inyecciones fuera de la zona malar porque la migración del material reagudizará los festones (15). También es relativamente frecuente que aparezcan festones malares (previamente inapreciables) tras la inyección de ácido hialurónico; salvo que en estos casos el tratamiento de elección será la infiltración local de hialuronidasa, que deberá realizarse tanto sobre el propio festón malar como en el área inyectada inicialmente, desde donde el ácido hialurónico hizo la migración. Cabe añadir que se han visto buenos resultados en estos casos asociando el tratamiento de hialuronidasa con radiofrecuencia (16).

CONCLUSIONES

El conocimiento y grado de evolución de un festón malar es fundamental para indicar el tratamiento más adecuado. Asimismo, es importante diferenciarlo de una bolsa grasa del párpado inferior, cuyo tratamiento es completamente distinto. Por ello, aconsejamos la derivación inicial a un cirujano oculoplástico si no se tiene experiencia en su manejo.

La mayoría de los festones malares etiquetados como leves y/o moderados se benefician de un *lifting* malar, ya que incide sobre el problema anatómico-funcional causante del festón y reposiciona el músculo orbicular al nivel adecuado con fijación perióstica. Por el contrario, la escisión directa es la técnica de elección en caso de festones severos.

No obstante, consideramos que son necesarios nuevos estudios bien contrastados y con mayor casuística para apoyar de modo conveniente las conclusiones derivadas de este trabajo.

BIBLIOGRAFÍA

- (1). Furnas DW. Festoons of orbicularis muscle as a cause of baggy eyelids. *Plast Reconstr Surg.* 1978; 61:540–546.
- (2). Goldberg RA, McCann JD, Fiaschetti D, et al. What causes eyelid bags. Analysis of 114 consecutive patients. *Plast Reconstr Surg* 2005; 115:1395–402; discussion 1403–4.
- (3). Kpodzo DS, Nahai F, McCord CD. Malar mounds and festoons: review of current management. *Aesthet Surg J.* 2014; 34(2):235–248.
- (4). Kikkawa DO, Lemke BN, Dortzbach RK. Relations of the superficial musculoaponeurotic system to the orbit and characterization of the orbitomalar ligament. *Ophthalmic Plast Reconstr Surg.* 1996; 12(2):77–88.
- (5). Glasgold M, Lam SM, Glasgold R. Volumetric rejuvenation of the periorbital region. *Facial Plast Surg.* 2010; 26:252–259.
- (6). Nahai F (ed). *The art of aesthetic surgery, principles and techniques.* Quality Medical Publishing, 2nd ed. St. Louis (Missouri). 2005.
- (7). Newberry CI, Mccrary H, Thomas JR, Cerrati EW. Updated Management of Malar Edema, Mounds, and Festoons: A Systematic Review. *Aesthet Surg J.* 2020; 40(3):246-258.
- (8). Furnas DW. Festoons, mounds, and bags of the eyelids and cheek. *Clin Plast Surg.* 1993; 20(2):367–385.
- (9). Einan-Lifshitz A, Hartstein ME. Treatment of festoons by direct excision. *Orbit.* 2012; 31(5):303-306.
- (10). Endara M, Oh C, Davison SP, Baker SB. The management of festoons. *Clin Plast Surg.* 2015; 42(1):87-94.
- (11). Little JW. Three-dimensional rejuvenation of the midface: volumetric resculpture by malar imbrication. *Plast Reconstr Surg.* 2000; 105:267–285.
- (12). Jeon H, Geronemus RG. Successful Noninvasive Treatment of Festoons. *Plast Reconstr Surg.* 2018; 141(6):977e-978e.
- (13). Griffin MO, Ceballos G, Villarreal FJ. Tetracycline compounds with non-antimicrobial organ protective properties: possible mechanisms of action. *Pharmacol Res.* 2011; 63:102–7.
- (14). Godfrey KJ, Kally P, Dunbar KE, et al. Doxycycline Injection for Sclerotherapy of Lower Eyelid Festoons and Malar Edema: Preliminary Results. *Ophthalmic Plast Reconstr Surg.* 2019; 35(5):474-477.
- (15). Goldberg RA, McCann JD, Fiaschetti D, et al. What causes eyelid bags? Analysis of 114 consecutive patients. *Plast Reconstr Surg.* 2005; 115:1395–402; discussion 1403–4.
- (16). Surek CC, Beut J, Stephens R, Jelks G, Lamb J. Pertinent anatomy and analysis for midface volumizing procedures. *Plast Reconstr Surg.* 2015; 135(5):818e–829e.

Declaración: Los autores manifiestan no tener conflicto alguno de intereses con lo publicado y agradecen la contribución del Dr. Justo Alcolea a la redacción final del artículo.