

INDICE

| | |
|---------------------------------------------------|------------|
| CAPITOLO 1 | |
| STRUMENTAZIONE E PREPARAZIONE DEL PAZIENTE | 11 |
| | |
| CAPITOLO 2 | |
| ZIGOMI | 19 |
| | |
| CAPITOLO 3 | |
| TEAR TROUGH | 37 |
| | |
| CAPITOLO 4 | |
| GUANCE | 55 |
| | |
| CAPITOLO 5 | |
| NASO | 67 |
| | |
| CAPITOLO 6 | |
| RUGHE NASO GENIENE | 85 |
| | |
| CAPITOLO 7 | |
| RUGHE DEL VISO | 95 |
| | |
| CAPITOLO 8 | |
| LINEA MANDIBOLARE | 103 |
| | |
| CAPITOLO 9 | |
| MENTO | 115 |
| | |
| CAPITOLO 10 | |
| REGIONE PERIORALE | 133 |
| | |
| CAPITOLO 11 | |
| LABBRA | 139 |

| | |
|-----------------------------------------------|------------|
| CAPITOLO 12 | |
| SOPRACCIGLIA, TEMPIE E LOBI AURICOLARI | 165 |
| | |
| CAPITOLO 13 | |
| PROFILO | 183 |
| | |
| CAPITOLO 14 | |
| MANI | 195 |
| | |
| CAPITOLO 15 | |
| FILL AND SHINE | 207 |
| | |
| CAPITOLO 16 | |
| COMPLICANZE DA FILLER | 213 |

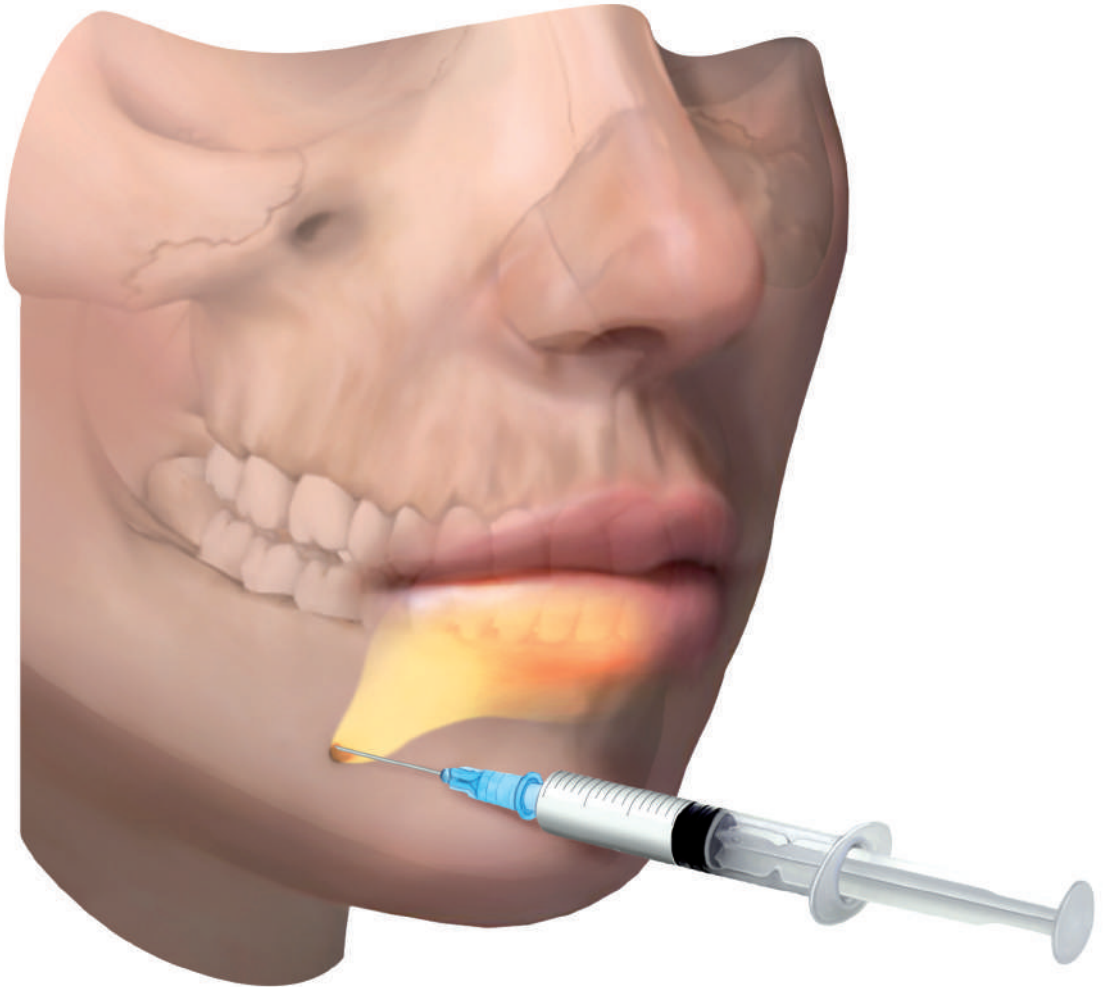


Figura 3 Blocco del nervo mentoniero nel punto della sua emergenza

e durerà poco più di mezz'ora; l'effetto invece sarà indotto dopo una decina di minuti, ma anche meno, sulle labbra e in genere sulle mucose.

Inutile dire che i pazienti gradiscono di più il gel piuttosto che l'anestesia per infiltrazione.

Strumenti accessori

Vi sono poi degli strumenti accessori, non fondamentali ma utili. Tra questi, lo specchio: ce ne sono di tutti i tipi e personalmente sconsiglio uno spec-

chio ingranditore, che ingrandisce i bei risultati ma anche i difetti, quindi meglio uno specchio con rapporto 1:1. Verrà dato al paziente prima della terapia, così che possa indicarvi con precisione quel che desidera e possa valutare successivamente il risultato.

Alcuni pazienti trovano poi molto gradevole il poter disegnare in autonomia con la matita dermografica, che rappresenta sempre un ausilio indispensabile, le aree su cui intervenire. Lasciateglielo fare, sarà un'indicazione utile

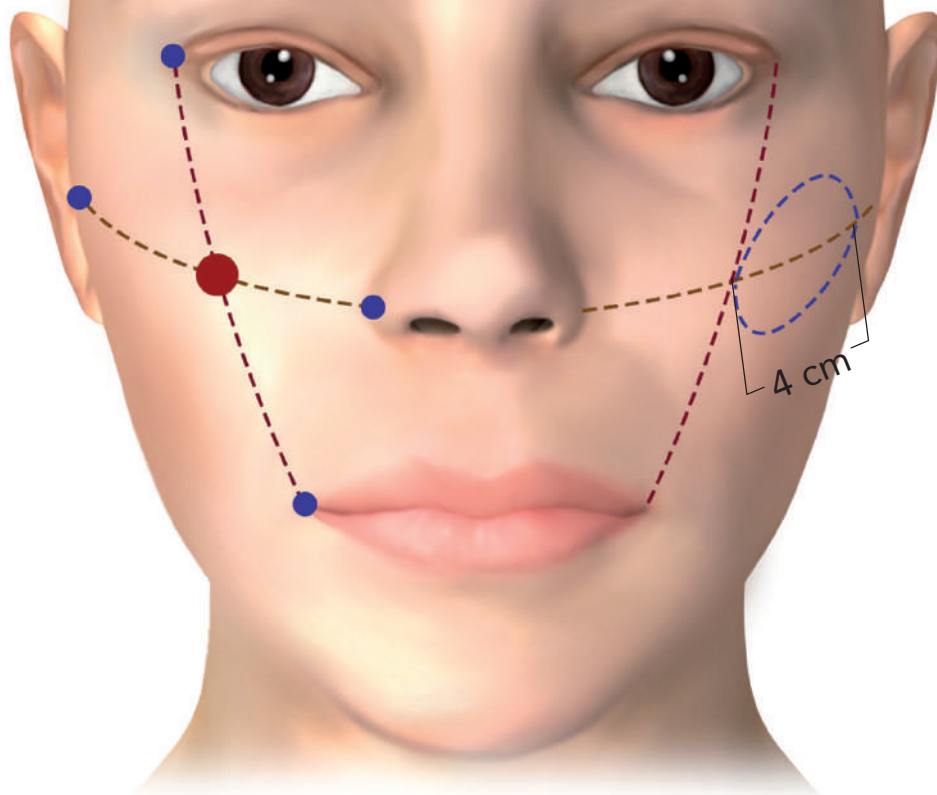


Figura 4 Disegno che individua la regione zigomatica da infiltrare

VIDEO 2.3



Disegno preparatorio
alla correzione zigomatica



VIDEO 2.4



Tecnica di correzione zigomatica



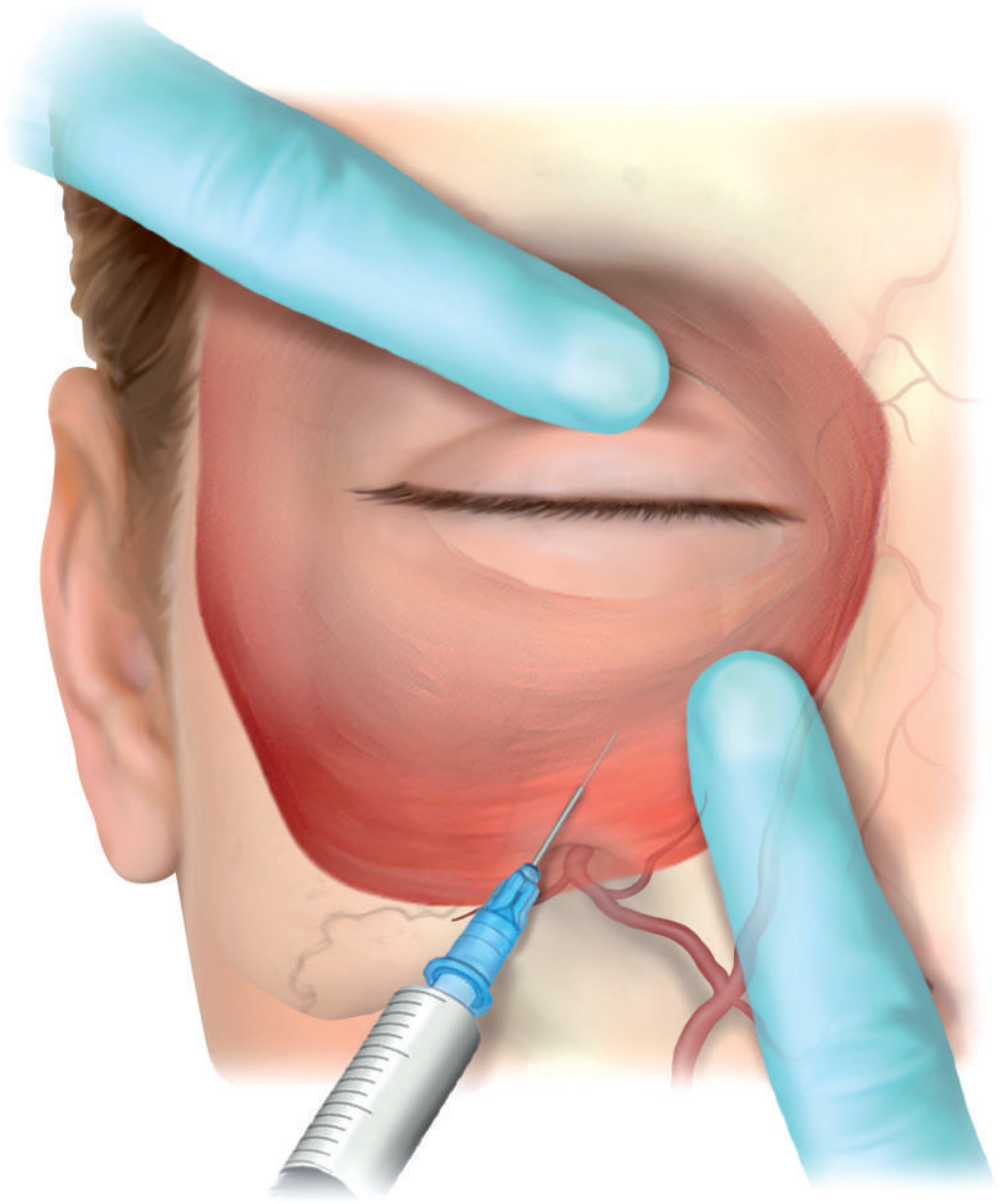


Figura 5 Punto di inoculo per il trattamento del tear trough

dimentichiamo che è una regione delicatissima: più si tocca e più si corre il rischio di ecchimosi.

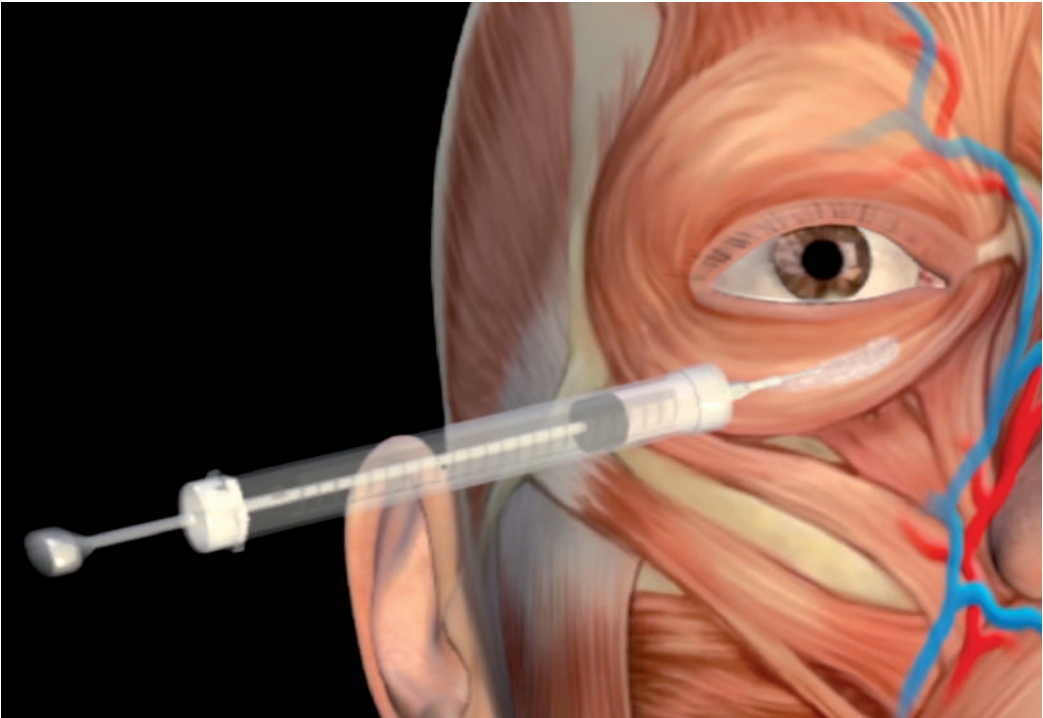
Complicanze immediate

Ecco alcune delle possibili complicanze immediate più comuni.

- > Dolore: è alleviato grazie alla presenza della lidocaina.
- > Eritema, gonfiore ed ecchimosi: sono alleviati dall'applicazione di ghiaccio subito prima e dopo.
- > Asimmetria: è dovuta a un errore di tecnica, generalmente a un'ipercorrezione.



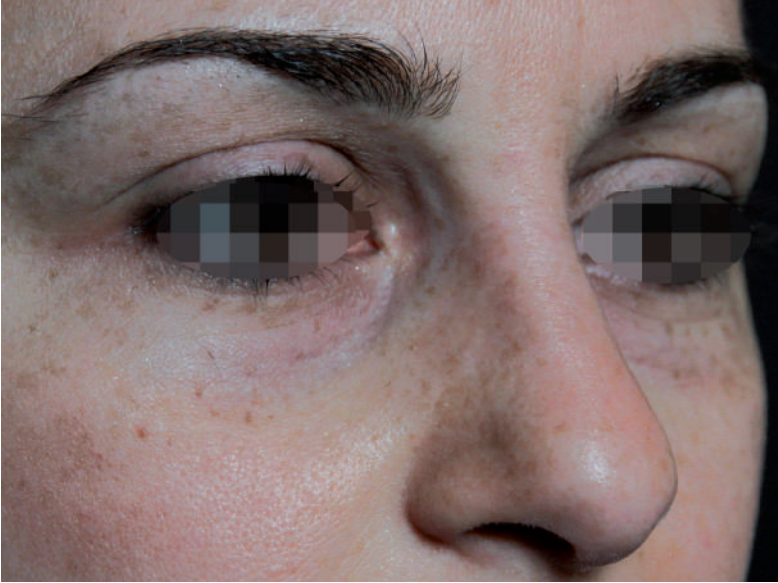
Tear trough e borsa palpebrale inferiore, una delle tre normalmente presenti



Tecnica di correzione del tear trough

CASI CLINICI

■ CASO CLINICO 3



PRIMA



VIDEO 3.7



Tecnica di correzione
del tear trough



DOPO



Paziente di 35 anni con anamnesi negativa per patologia di alcun tipo. Tear trough comparso dopo una gravidanza particolarmente travagliata. Vari tentativi cosmetici di scarso successo. Risultato, nell'immagine in basso, dopo adeguata terapia con acido ialuronico dedicato.

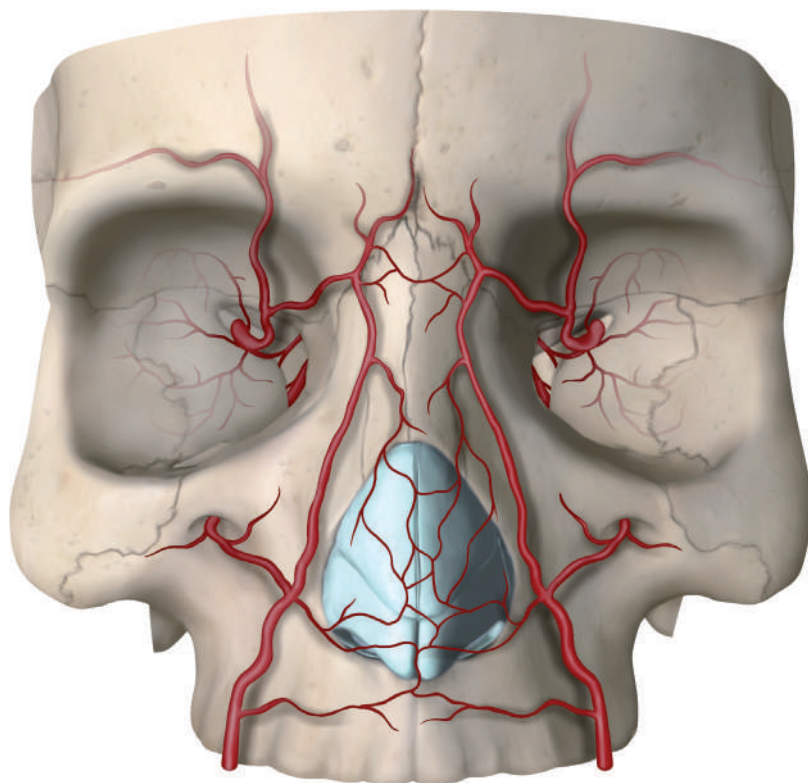


Figura 7 Irrorazione arteriosa del naso

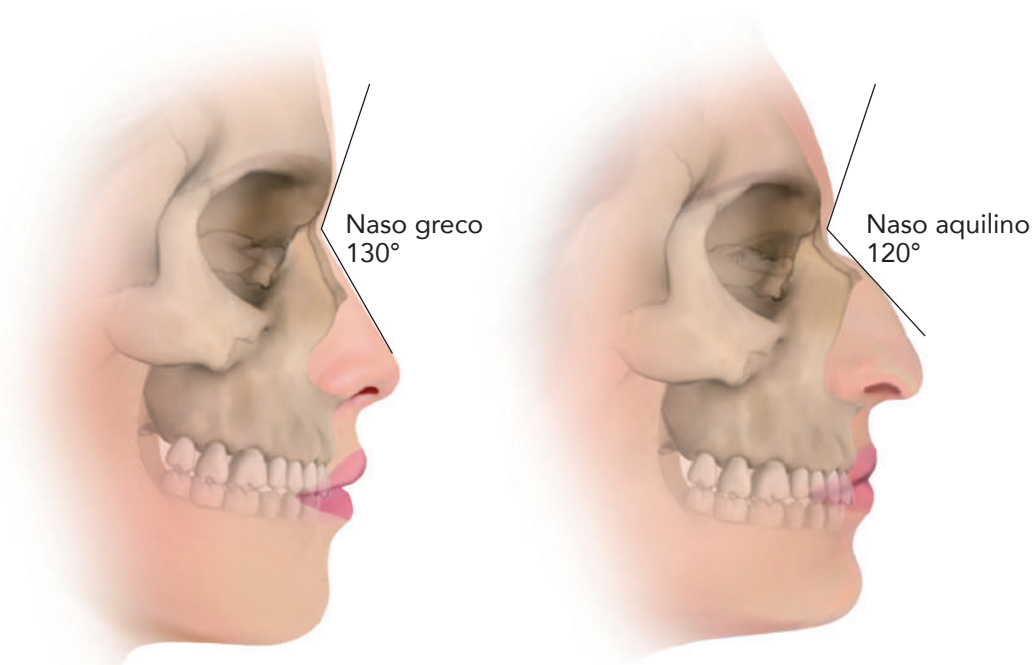


Figura 8 Differenze nell'angolo naso frontale

CASI CLINICI

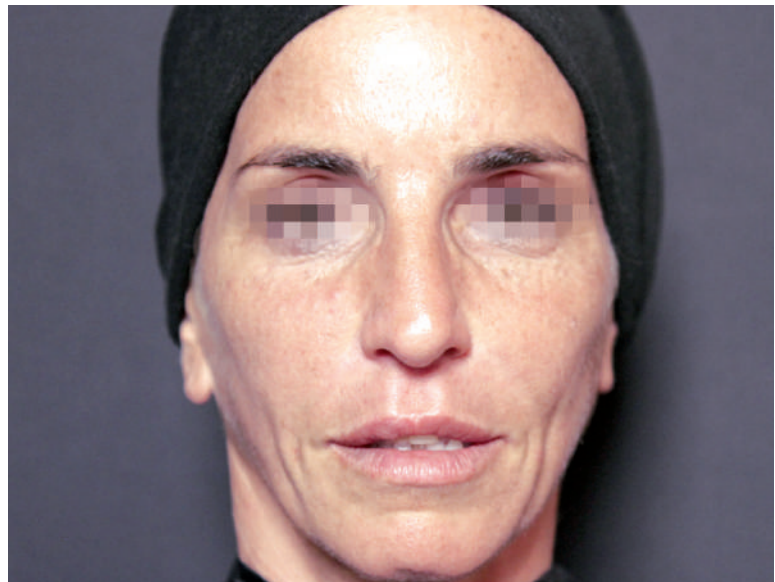
■ CASO CLINICO 1



PRIMA



DOPO



Paziente di 46 anni, maratoneta. Come spesso accade in questi pazienti, il viso appare "consumato" privo di cuscinetti adiposi. In questa paziente in particolare, il viso è lungo e quasi privo di bolla adiposa del Bichat. È stata corretta con tecnica lineare usando un acido ialuronico biodinamico con G' medio, molto elastico, con 1 ml per ciascun lato.

CASI CLINICI

■ CASO CLINICO 1



PRIMA



DOPO



Stessa paziente. Si noti anche la proiezione sinistra.

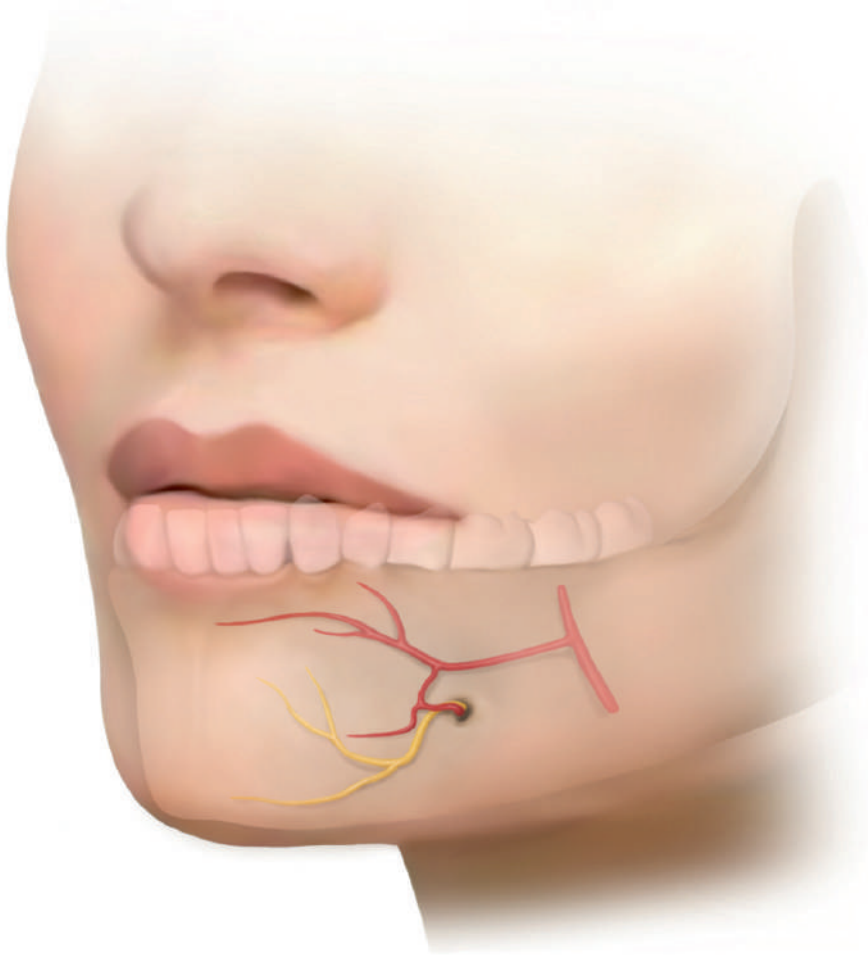


Figura 11 Innervazione e vascolarizzazione della regione mentoniera

Infine, occorre ricordare che l'unica area di rischio di questa tecnica risiede al di sotto del V dente dell'arcata mandibolare inferiore, ove emergono nella maggior parte dei casi il nervo mentoniero e l'arteria faciale, fatte salve le ovvie difformità anatomiche, sempre possibili. Il loro piano è comunque profondo e non deve essere mai interessato da infiltrazioni di filler (fig. 11).

Bibliografia

1. Torrealba R, Fariña R, Valladares S, Sáez F. Correction of chin ptosis. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2017 Aug;46(8):1026-1029.
2. Larrabee YC, Moyer JS. Reconstruction of Mohs Defects of the Lips and Chin. *Facial Plast Surg Clin North Am.* 2017 Aug;25(3):427-442.
3. de Maio M, Wu WTL, Goodman GJ, Monheit G; Alliance for the Future of Aesthetics Consensus Committee. *Facial Assessment and Injection Guide for Botulinum Toxin and Injectible 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.

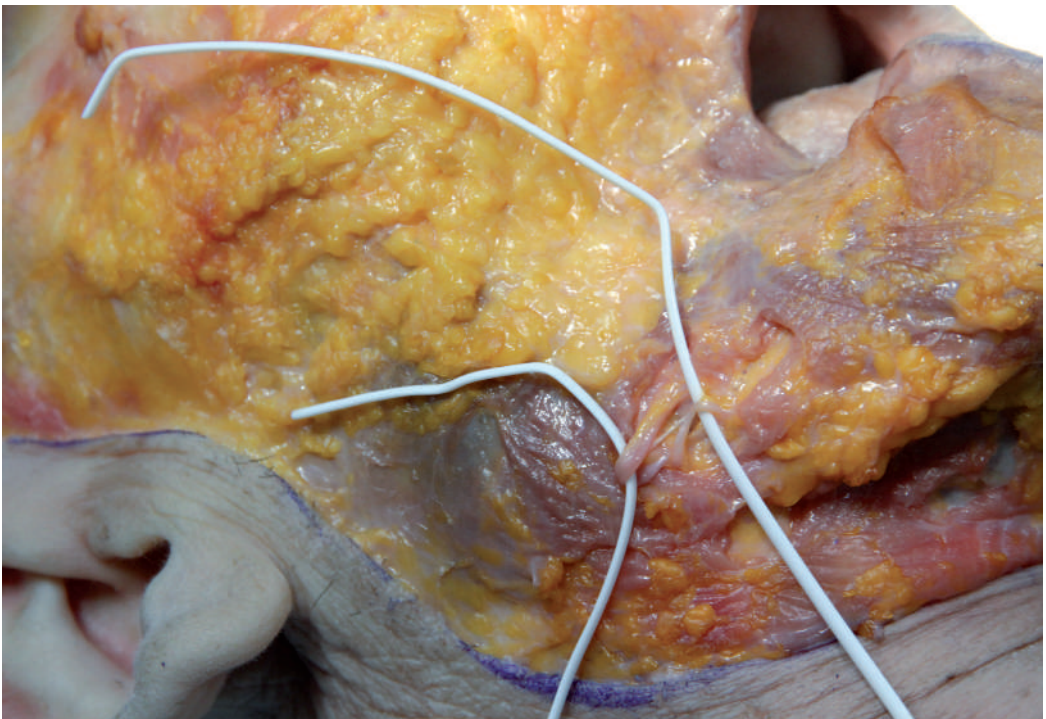
6. Bertossi D, Galzignato PF, Albanese M, Botti C, Botti G, Nocini PF. Chin Microgenia: A Clinical Comparative Study. *Aesthet*

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, et al. Role of Non-surgical 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.



Sfiocciamento dell'arteria faciale in un preparato anatomico



Figura 2 Correzione della regione periorale: tecnica iniettiva

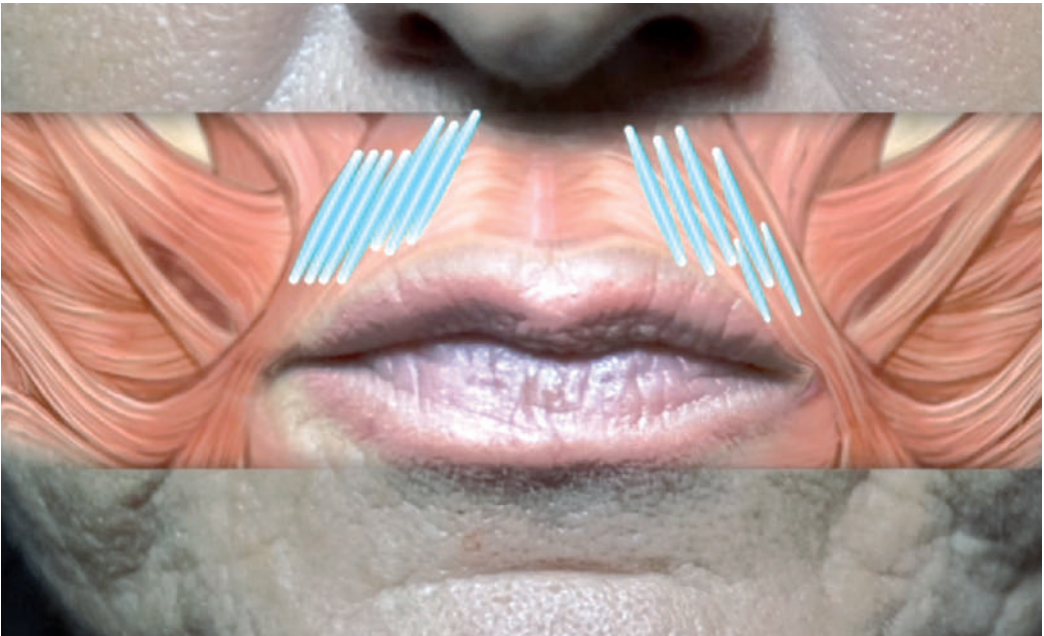


Figura 3 Tecnica di correzione della regione periorale: posizionamento del filler

CASI CLINICI

■ CASO CLINICO 1



VIDEO 10.1



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

PRIMA



VIDEO 10.2



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.



Figura 4 Forma, lunghezza e volume delle labbra a confronto. A sinistra, donna di 68 anni. A destra, ragazza di 25 anni



Figura 5 Come si modificano le labbra con l'età: profilo labiale a confronto. A sinistra, profilo concavo (25 anni). A destra, profilo piatto e convesso (68 anni)

teristica forma a M, che delinea in modo perfetto le colonne del filtro [10] (fig. 3). L'invecchiamento complessivo della regione periorale è fortemente soggettivo e dipende da diversi processi (fotoaging,

genetica, riassorbimento osseo maxillo-mandibolare, fumo, ecc.) spesso simultanei. Questi fattori possono agire sul volume e sulla lunghezza delle labbra, sul loro disegno, sul grado di inversione

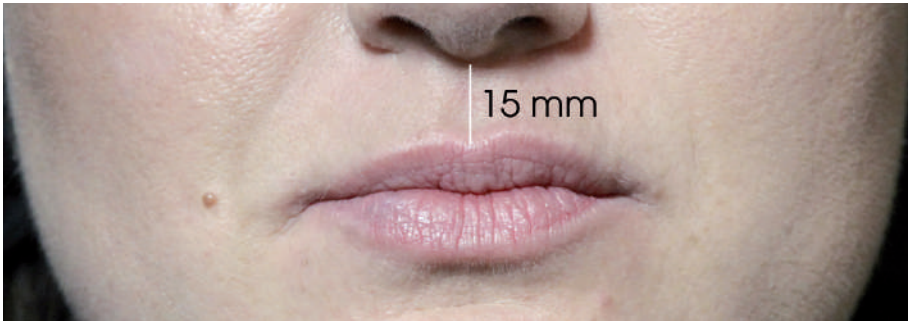


Figura 6 Allungamento del filtro lieve-moderato (15 mm)



Figura 7 Allungamento del filtro avanzato (18 mm)



Figura 8 Allungamento del filtro severo (20 mm)

del vermiglio e sulla lunghezza del filtro. A differenza di quanto si credeva in passato, recenti studi hanno dimostrato che l'assottigliamento delle labbra è nella maggior parte dei casi dovuto a una ridistribuzione del volume della muscosa labiale piuttosto che a una reale perdita di volume [11] (fig. 4).

In altre parole, la lunghezza delle labbra

aumenta mentre l'altezza del vermiglio diminuisce, con assottigliamento dello spessore cutaneo, degenerazione delle fibre di collagene ed elastina e una complessiva riduzione della curvatura del muscolo orbicolare oris, che riduce la proiezione labiale e dà luogo a un'antiestetica inversione del vermiglio superiore (ptosi labiale) [10]. L'arco di Cupido, prima de-

CASI CLINICI

■ CASO CLINICO 3



PRIMA



DOPO



Paziente senescente con allungamento del filtro (1,8 cm) e quasi totale scomparsa delle creste filtrali. Correzione con 1,5 ml di HA di media densità, biodinamico, con ricostruzione del filtro con le sue creste e volumizzazione del labbro superiore e inferiore. Si noti, soprattutto di profilo, il cospicuo accorciamento delle creste filtrali.

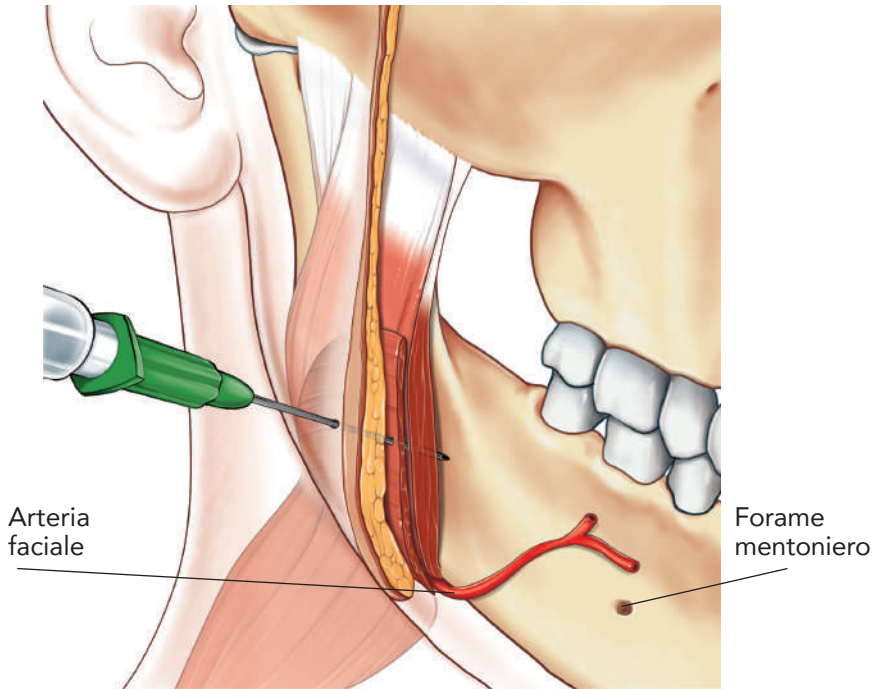


Figura 2 Tecnica di correzione della linea mandibolare

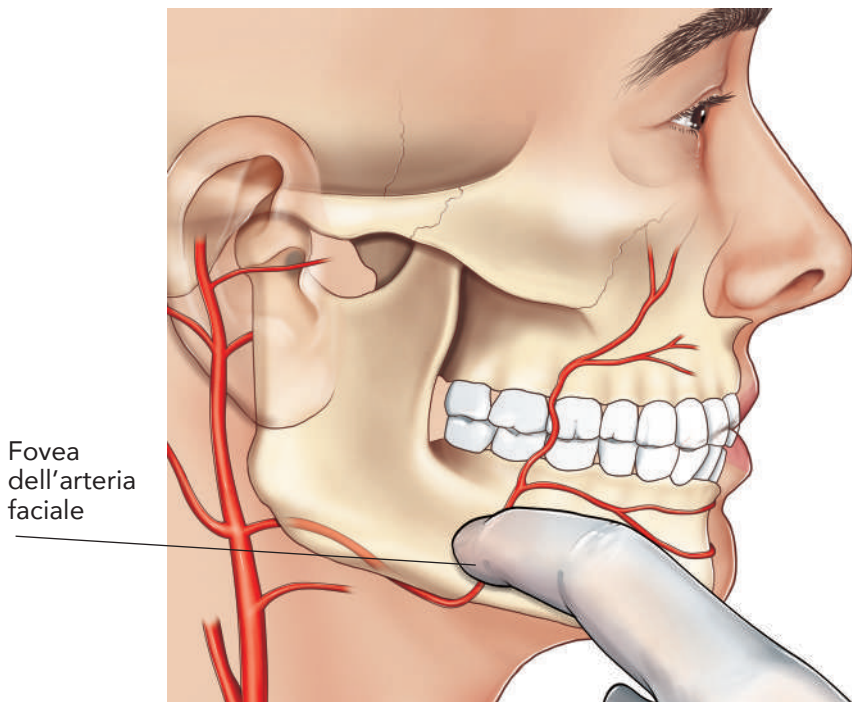


Figura 3 Decorso dell'arteria faciale e sua palpazione

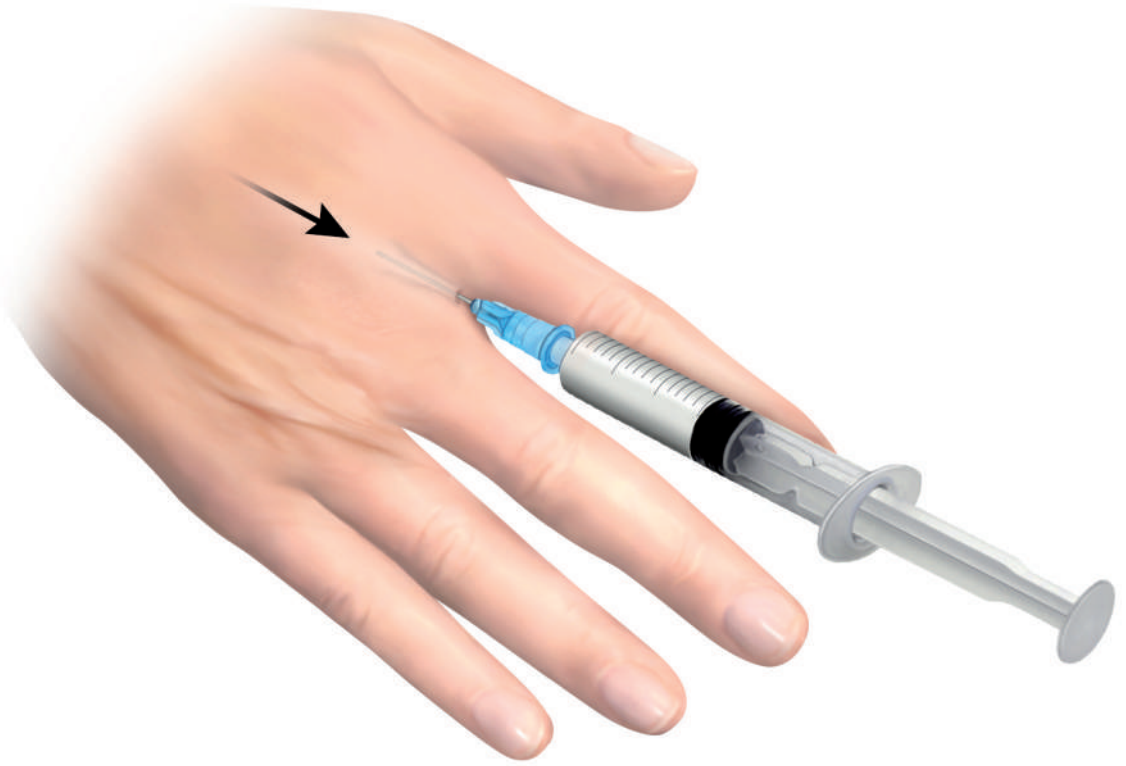


Figura 3 Iniezione con cannula nello spazio interdigitale



Figura 4 Schema delle iniezioni da praticare, nel vivente, per la correzione della senescenza della mano

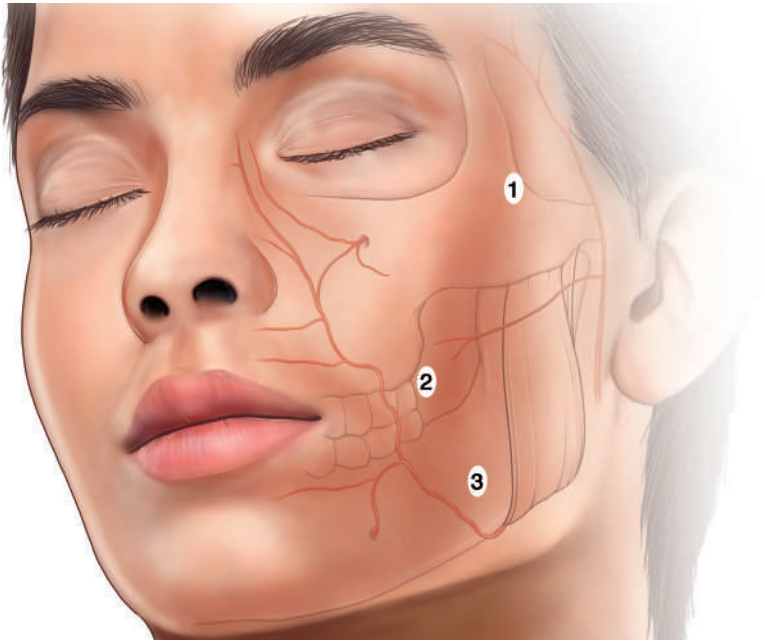


Figura 1 Punti di repere per tecnica MLT 3.1 in una paziente giovane

Entry point 1: 2 cm posteriormente al punto di intersezione delle due linee, alzandosi di 1 cm.

Entry point 2: 1 cm al di sopra del bordo mandibolare e 1 cm anteriormente al bordo del

Entry point 3: 1 cm al di sopra della linea mandibolare lungo una linea che scenda dal canto laterale. Fare attenzione all'arteria faciale

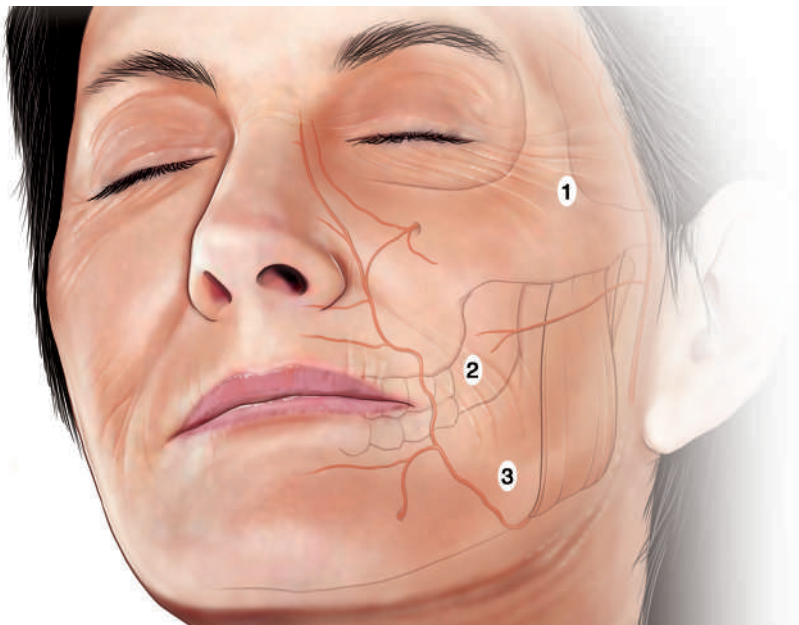


Figura 2 Punti di repere per tecnica MLT 3.1 in una paziente senior