



BISTURI?

Sì grazie!

CONTORNI DEL VISO
PERFETTAMENTE
RIMODELLATI, SGUARDO
APERTO E LUMINOSO,
NASINO ALL'INSÙ,
SENO E GLUTEI TONICI,
ZERO CUSCINETTI

TUTTI GLI INTERVENTI
DI CHIRURGIA PLASTICA
PIÙ GETTONATI,
DA PROGRAMMARE PER
L'ANNO NUOVO

• TESTO DI MONICA CAITI •

È l'inverno la stagione più adatta per programmare un intervento di chirurgia plastica. Ecco cinque tipologie di ritocco, illustrate con la consulenza di Giuseppe Sito, chirurgo estetico a Milano, Torino e Napoli e docente a contratto alla Seconda Università di Napoli

LIFTING

Il primo lifting (o ritidectomia) del viso della storia moderna? Risale al 1920 e si deve ad Adalbert G. Bettman di Portland, che ne descrisse la metodica. Sei anni dopo, la prima donna chirurgo estetico, la parigina Suzanne Noël, in-

trodusse nuove tecniche come il lifting occipitale per il collo.

Le metodiche operatorie

Il più soft è il lifting sottocutaneo. Il chirurgo «scolla» la pelle dai piani più profondi, asporta quella in eccesso, per poi «tirlarla» indietro e suturarla in tensione. L'effetto di ringiovanimento è immediato, ma di breve durata. Da qui la necessità di intervenire anche sui piani muscolari. Come prevede, infatti, l'assai più diffuso lifting con lo Smas (sistema muscolo-aponeurotico superficiale) che, con il procedere degli anni, perde tono e compattezza.

Due le opzioni: accorciare lo Smas, rimuovendone una porzione, per poi su-



ture i margini in tensione, o «duplicarlo» con punti di sutura frazionandolo all'indietro e in alto, riposizionandolo. La seconda è più sicura, perché non implica tagli e quindi possibili lesioni dello Smas. L'intervento può essere completo o riguardare rispettivamente il «terzo superiore» (fronte e zigomi) o il «terzo inferiore» (mandibola e collo) del viso. Nel primo caso, **il chirurgo pratica tre piccoli tagli di un paio di centimetri l'uno** (uno centrale e due laterali), lungo l'attaccatura dei capelli. Poi per via endoscopica, procede al distacco e al riposizionamento dei tessuti. L'obiettivo è di spianare zampe di gallina e rughe d'espressione. L'intervento, che in genere si completa con la blefaroplastica (vedi paragrafo successivo), è però sempre meno richiesto, grazie all'avvento della tossina botulinica, che leviga i segni del tempo da fronte e contorno occhi senza bisturi.

Assai più gettonato il lifting del «terzo inferiore» del viso. Due i possibili tipi di incisione, a seconda della situazione iniziale e degli effetti che si intende ottenere. La prima percorre il contorno anteriore dell'orecchio e la parte bassa di quello posteriore, proseguendo, talvolta, sul cuoio capelluto. La seconda è, invece, effettuata sotto il mento e ridisegna l'ovale, non solo tirando la pelle, ma anche riportando la muscolatura rilassata nelle condizioni di partenza e aspirando, se necessario, l'eventuale eccesso di grasso, responsabile del doppio mento. Infine, il collo. In caso di cedimento, il chirurgo riavvicina i muscoli portanti della zona (platisma), che con l'età tendono a separarsi progressivamente. Buoni i risultati, con un solo distinguo: questa tecnica non leviga le rughe orizzontali (o collane di Venere) profonde.

Info

Qualunque lifting, parziale o completo, richiede sedazione e anestesia locale. Le candidate a rischio sono le fumatrici, che molti chirurghi preferiscono non operare. Bastano dalle 24 alle 48 ore di degenza. Poi la paziente deve portare per quattro-cinque giorni una medicazione che avvolge il viso, comprimendolo, mentre i punti si asportano a una settimana dall'intervento. **Ecchimosi e gonfiori durano mediamente 15 giorni** (raramente di più), al termine dei quali si vedono i primi risultati definitivi, che andranno perfezionandosi in mesi successivi. Il risultato globale dura fino a dieci anni, anche se molto dipende dai fattori genetici e dallo stile di vita della persona. Le piccole cicatrici sono situate in zone poco visibili (dietro le orecchie o tra i capelli), mentre quella posta davanti al padiglione auricolare

diventa normalmente impercettibile nel giro di un anno.

BLEFAROPLASTICA

È l'intervento di chirurgia plastica per rimodellare le palpebre, ringiovanendo notevolmente lo sguardo. Il primo a suggerirlo fu l'enciclopedista romano Aulo Cornelio Celso (14 a.C.-37 d.C.), ma soltanto per rimettere in sesto palpebre mutilate (di solito, quale punizione di un torto) o tanto cadenti da impedire la vista.

In epoca moderna, il chirurgo americano Charles Conrad Miller (1880-1950) è il primo a ratificare una procedura chirurgica per la rimozione delle «pieghe cutanee delle palpebre a forma di borse», che adottò dal 1906 in poi. A lui, dunque, spetta il titolo di «padre» della blefaroplastica estetica.

Alla blefaroplastica si possono abbinare i fili di trazione che alzano gli zigomi, «aprendo» ulteriormente lo sguardo

Le metodiche operatorie

Tre i casi principali in cui si ricorre alla blefaroplastica: perdita della piegatura naturale della palpebra, formazione di borse di grasso e soprattutto rilassamento della palpebra superiore o inferiore. Un inestetismo - quest'ultimo - dovuto, in genere, a predisposizione genetica, che si manifesta con l'età, ma può essere aggravato da un'eccessiva esposizione ai raggi solari, responsabile della riduzione di fibre di collagene ed elastina. **L'operazione si esegue per via transconiuntivale**, così da rendere invisibile la cicatrice, effettuando le incisioni in corrispondenza della piega naturale della palpebra superiore o sotto la linea delle ciglia di quella inferiore. Nel primo caso, si calcola con precisione la quantità di tessuto e di grasso si deve asportare per poi poter riaccostare e suturare i tessuti. Quando si corregge il cedimento della palpebra superiore, è però molto importante non limitarsi a togliere la pelle in più, ma asportare

anche una piccola striscia di muscolo orbicolare. In questo modo la cicatrice ricade esattamente nel solco palpebrale e non si nota. Se si riscontra la ptosi (o caduta) del tessuto che ricopre l'arcata periorbitale, si può abbinare la blefaroplastica all'applicazione di speciali fili di trazione, che alzano gli zigomi, «aprendo» ulteriormente lo sguardo. **Per la palpebra inferiore invece l'incisione si effettua a un millimetro dalle ciglia, asportando la cute in eccesso ed eliminando il grasso.**

Unico possibile effetto collaterale: l'«occhio rotondo», poco espressivo e naturale, dovuto al cedimento della palpebra inferiore in seguito all'asportazione della pelle. Per prevenirlo, il chirurgo esperto punta sulla tecnica della can-topessi, che consiste nella tensione dei legamenti laterali degli occhi e nel riposizionamento verso l'alto del muscolo orbicolare con alcuni punti di sutura.

Info

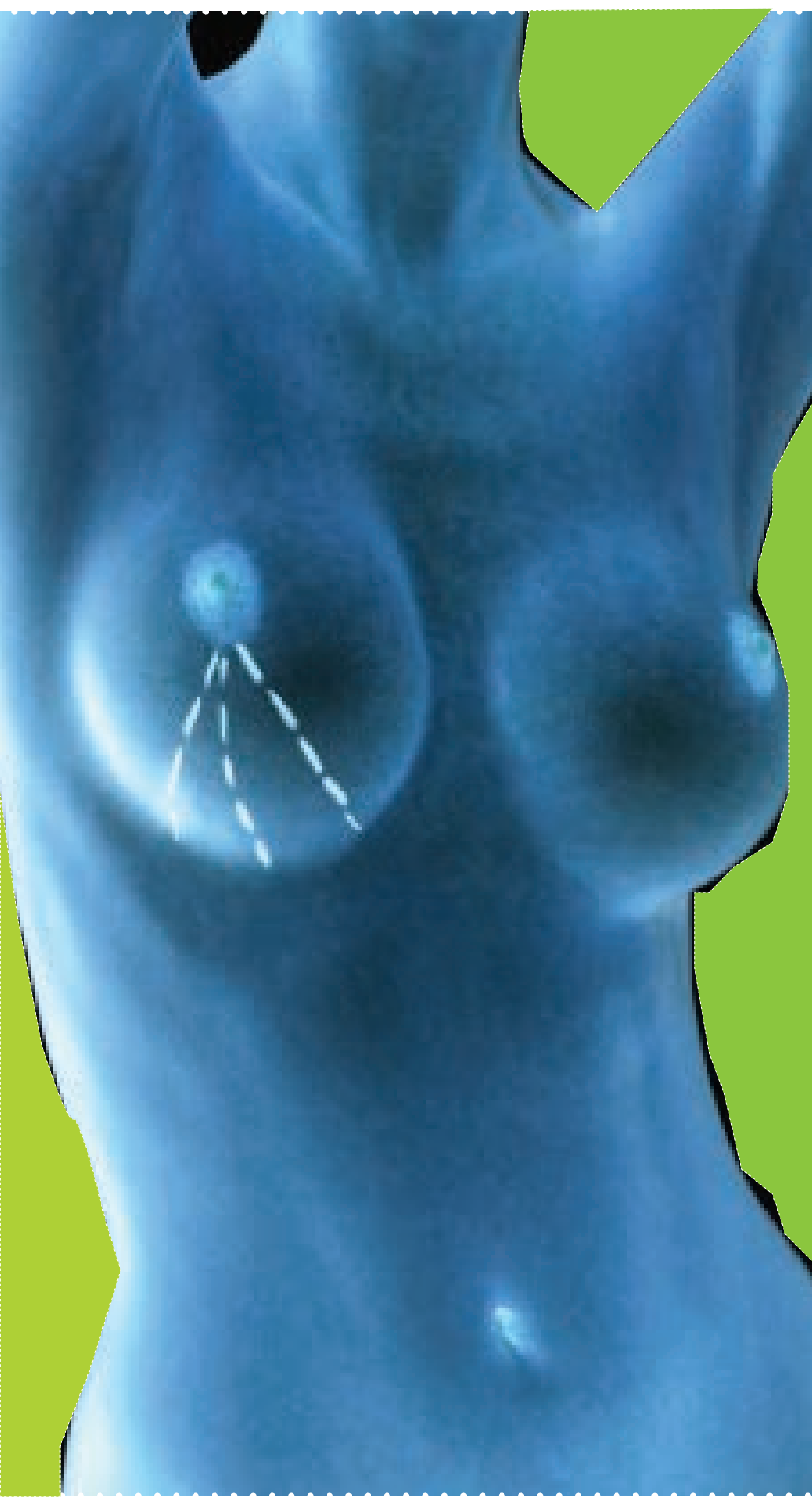
La blefaroplastica viene eseguita in day-surgery con anestesia locale, accompagnata da sedazione (per i pazienti più ansiosi). Un leggero dolore post-operatorio si controlla con la somministrazione di analgesici. I punti di sutura vengono rimossi da tre a sette giorni dopo l'intervento, mentre le ecchimosi e il gonfiore tendono a scomparire entro due settimane. La paziente potrà riprendere a guardare la televisione dopo due-tre giorni, mentre per la lettura sarà opportuno attendere almeno sei-sette. Tempo un mese e le cicatrici non si vedranno più.

RINOPLASTICA

È il terzo intervento di chirurgia estetica più richiesto nella fascia di età dai 18 ai 30 anni dopo mastoplastica additiva e liposuzione: la rinoplastica. Oltre che

GRASSO OUT!

Non è un trattamento di medicina estetica, ma non prevede nemmeno il ricorso al bisturi. E, come se non bastasse è il ritocco più richiesto (vedi box 2): la liposuzione o, per meglio dire, la liposcultura. Con questo termine si intende, infatti, l'aspirazione del tessuto adiposo in eccesso, per il rimodellamento perfetto e duraturo di addome, fianchi e cosce (ma anche mento e collo) e, dunque, della silhouette. Senza cicatrici. L'intervento è eseguito in day hospital, in anestesia locale ed eventualmente sedazione. Lo specialista aspira il tessuto adiposo con una micro-cannula unita a un aspiratore meccanico, aiutandosi talvolta con altre apparecchiature ad hoc (ultrasuoni, vibrazioni, getti d'acqua...) per meglio sciogliere i grassi. Questa la metodica di base che, di solito, prevede la rimozione di non più di tre litri di grasso. Ma attenzione. La liposuzione non serve a perdere chili. Il grasso pesa pochissimo e anche quel poco viene «compensato» dal gonfiore post-operatorio. Così, non tonifica la pelle. Anzi: è sconsigliabile in età avanzata o anche giovanile, in caso di precoce rilassamento dei tessuti.



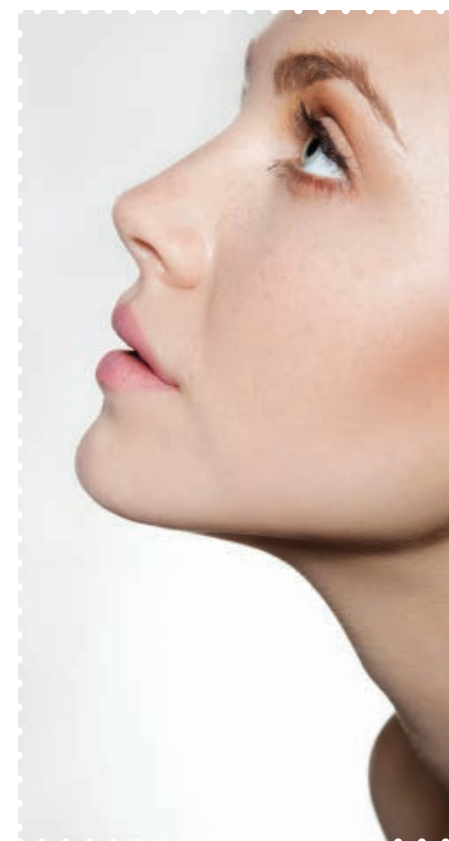
il più antico nella storia della chirurgia plastica. Fu descritto per la prima volta da Sushruta, medico vissuto in India nel VI secolo a.C, che lo effettuava per ricostruire i nasi amputati come punizione per i crimini commessi. Così nella metà del '500, il chirurgo bolognese Gaspare Tagliacozzi operava i nasi di persone ferite al viso, colpite dalla sifilide o vittime di amputazioni.

Oggi la rinoplastica ha raggiunto altissimi livelli di sofisticazione, ma resta un'operazione delicata, per la difficoltà di ottenere una perfetta coincidenza tra aspettative del paziente e risultato ottenibile. Non a caso, conta il maggior numero di interventi secondari e terziari per ovviare a un esito non soddisfacente o a complicazioni respiratorie.

Le metodiche operatorie

Quelle classiche sono due: «aperta» e «chiusa». La prima consiste nell'incisione della striscia di pelle che separa le narici, la columella, con l'esposizione delle cartilagini della punta e del dorso del naso. È la più indicata nei casi dubbi o complessi (nasi già operati o sottoposti a traumi, che richiedono innesti e ricostruzioni).

La tecnica «chiusa» prevede, invece, l'incisione della mucosa nasale all'interno delle narici. Si può procedere in due modi: correggendo la punta del naso per poi modificare le strutture ossee e cartilaginee del dorso. O, viceversa, rimodellare quest'ultimo e quindi adeguare anche la punta. A quelle descritte si può aggiungere una tecnica più innovativa, indicata quando il punto di partenza per la rinoplastica è una lesione traumatica. Prevede «innesti» di parti di cartilagine e/o osso dello stesso paziente (quindi autologhi, che si prelevano dalla zona posteriore del padiglione auricolare o dalla regione sternale o, ancora, dall'osso della cresta iliaca) trapiantati nel naso per creare delle zone di appoggio e di resistenza o colmare perdite di tessuto e ripristinare un'impalcatura sottocutanea.



Utilizzata in circa il 30% degli interventi complessivi, può modellare un naso troppo insellato, dare proiezione a una punta, raddrizzarla se asimmetrica o sostenerla nel tempo quando vi sia bisogno di accorciare un naso, allungarne uno troppo corto, restituire simmetria alla piramide nasale, in caso di deviazione del setto.

I vantaggi? La cartilagine non è soggetta a rigetto, né a reazioni allergiche. Inoltre, priva com'è di irrorazione sanguigna, mantiene intatte le sue caratteristiche, assicurando un risultato molto duraturo e migliorando gli aspetti funzionali legati alla respirazione. Unica controindicazione: se l'innesto di osso o cartilagine è posizionato su pelle sottile, la

sua esposizione o visibilità è quasi sicura. Per «mascherarlo», va associato a un lipofilling (o infiltrazione di grasso autologo).

Info

La rinoplastica dura da una a due ore e si svolge in anestesia generale (o locale abbinata a sedazione). Richiede uno (di rado due) giorni di degenza in clinica e circa 15 di convalescenza. Non è dolorosa. L'unico reale fastidio post-operatorio che si poteva avvertire fino a qualche tempo fa, era dovuto all'asportazione dei tamponi, ovvero garze sottili imbevute di apposite soluzioni. Ora i tamponi sono realizzati con materiale morbido e spugnoso, spalmato di medicinali, che consente di rimuoverli rapidamente e con facilità dopo un paio di giorni, senza sofferenze per il paziente. Così **le garze gessate appartengono ormai al passato**. Oggi il naso viene avvolto da un sostanza a base di collagene bovino, disidratata e trattata chimicamente, oltre che forata e ritagliata secondo le esigenze, per non provocare reazioni da parte dei tessuti. Sensibile al calore, questo materiale è modellato direttamente sulla piramide nasale. Leggero, si rimuove con facilità dopo una settimana, applicando al suo posto speciali cerotti anallergici, in grado di aderire perfettamente anche sulle pelli grasse, per altri sette giorni.

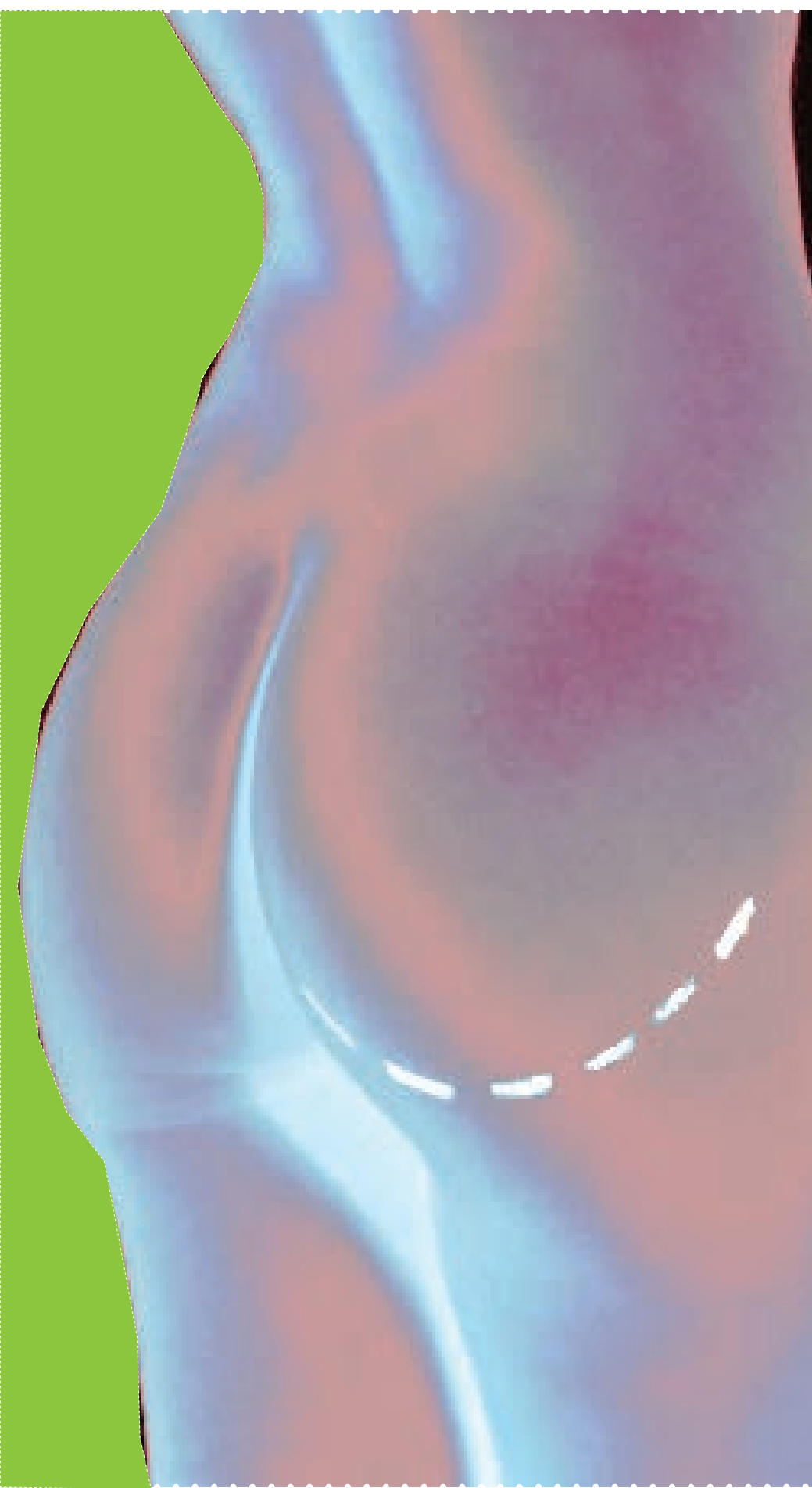
Oggi si può rimodellare la forma del naso, accorciarlo, raddrizzarlo e sostenere la punta nel tempo

MASTOPLASTICA E MASTOPESSI

Se il seno ha perso volume, ma la pelle e i capezzoli non appaiono rilassati, si effettua una mastoplastica additiva, con l'inserimento di protesi mammarie. Quelle di ultima generazione, in una gamma di modelli praticamente infinita (rotonde, anatomiche, diverse per testurizzazione, misura, dimensioni, profilo basso, medio, alto, extra), garantiscono risultati

È BOOM DI INTERVENTI

Ritocchi: Italia batte Usa. Secondo i dati dell'Associazione Italiana di Chirurgia Plastica Estetica, gli interventi di chirurgia e medicina estetica hanno superato, nel 2014, quota un milione con un aumento del 6,20% a confronto con il 2013 e una crescita quasi doppia rispetto a quella americana (+3%), dove il ricorso al bisturi e ai trattamenti meno invasivi ha raggiunto comunque cifre da record: ben 15,6 milioni di interventi, secondo la Saccp, Società Americana di Chirurgia Plastica. Ma quali sono gli interventi più gettonati? Le scelte cambiano tra italiane e americane. Per le prime il più richiesto, seppur con una flessione dell'1%, è la liposuzione con 43.989 operazioni; al secondo posto la mastoplastica additiva (33.532, +0,1%), seguita dalla blefaroplastica che sale a 32 mila (+1%). Sono balzate, infine, a 24.000 gli interventi per un naso più bello. Cambiano invece le mode per le donne americane (a differenza delle italiane): le nuove statistiche della Saccp mostrano che il lato B non viene più lasciato in secondo piano. Gli impianti e il sollevamento dei glutei sono, infatti, le procedure più gettonate in Usa, con aumenti che variano dal +15% fino al +98%, a seconda delle metodiche utilizzate.



naturalissimi alla vista e al tatto perché possono adattarsi millimetricamente alle misure e alle caratteristiche fisiche di qualsiasi donna.

► Le metodiche operatorie

L'intervento chirurgico consiste, dunque, nell'inserimento delle protesi direttamente dietro la ghiandola mammaria o dietro il muscolo grande pettorale. Attualmente in voga, per gli esiti molto naturali che sortisce, è una tecnica mista, denominata Dual Plane, che consente di posizionare la protesi in parte in posizione sottoghiandolare (nella parte inferiore della mammella) e in parte sottomuscolare (porzione superiore della mammella, dove la cute è più sottile e il rischio di palpabilità della protesi più alto). Una piccola sutura chiuderà l'incisione cutanea. **Oggi la metodica più innovativa è la cosiddetta invisibile scar**, che garantisce un'unica cicatrice periareolare (quasi invisibile grazie al ridotto spessore cutaneo e al cambiamento di colore tra pelle ed areola) o nascosta lungo il solco sottomammario, in particolare se un po' pronunciato. Il seno è cadente? Molte le cause: perdita di peso, dieta rigida, gravidanza e allattamento, invecchiamento. In questo caso, si ricorre alla mastopessi, che prevede la rimozione della cute in eccesso e il riposizionamento del complesso areola-capezzolo in una posizione superiore sulla parete toracica. Le incisioni variano da semplici peri-areolari a peri-areolare più verticale, sino a quelle a T invertita a seconda sempre della grandezza del seno. Se si intende anche aumentare il volume del seno, il chirurgo inserisce la protesi mammaria sempre attraverso lo stesso accesso.

► Info

L'intervento, che può durare da una a tre ore, avviene in day hospital con anestesia locale più sedazione, talvolta in anestesia generale. Possono essere utilizzati tubicini di drenaggio rimossi pochi giorni dopo. La paziente indosserà un

reggiseno conformato per quattro settimane: le prime due giorno e notte, le altre due soltanto di giorno. Il dolore è molto modesto, ben controllabile con i farmaci e lascia rapidamente il posto a un fastidio. I primi punti di sutura vengono rimossi in genere a distanza di sette giorni dall'intervento, gli ultimi nella terza settimana successiva.

LIPOFILLING DEI GLUTEI

Quando il lato B comincia... a vacillare sotto i colpi della forza di gravità, che cosa si può fare? La prima soluzione a cui vien da pensare è l'inserimento di protesi ad hoc. In realtà **si tratta di una procedura che presenta un'alta percentuale di insuccessi** e che la maggior parte dei chirurghi plastici italiani preferisce evitare. Sottoposte, infatti, a sollecitazioni continue, le protesi tendono a indurirsi facilmente e a spostarsi dalla collocazione iniziale. Inoltre, anche il risultato che garantiscono - ovvero l'aumento del volume dei glutei soprattutto nella parte superiore - è ritenuto poco naturale dalle donne europee.

► Le metodiche operatorie

Due le alternative all'inserimento di protesi. La prima è rimodellare i glutei con il lipofilling, l'autotrapianto di grasso, un trattamento mini-invasivo che consiste nel trasferire nei glutei, gli accumuli adiposi localizzati, per esempio su addome, cosce o interno delle ginocchia, anche se la zona più indicata per effettuare questo prelievo è quella sovrapubica, situata appunto tra l'ombelico e il pube, perché più ricca di cellule staminali, dall'effetto rivitalizzante. Il prelievo avviene con una cannula sottile, dotata di una punta che non danneggia il grasso e collegata a una siringa maneggiata dall'operatore per estrarre tessuto adiposo ancora

vitale. Il grasso viene poi sedimentato e centrifugato a 3.000 giri per tre minuti, allo scopo di purificare il prelievo dai fluidi in eccesso (anestetico, acqua, sangue); quindi viene reinserito con siringhe molto piccole, così da favorire la vascolarizzazione del tessuto e, di conseguenza, il suo attecchimento. Seconda possibilità: ridare volume ai glutei grazie a un gel cristallino a base di acido ialuronico a macro-molecole. Duttile, morbidissima, ma al tempo stesso densa e compatta, questa sostanza si integra con i tessuti, consentendo di riempire solchi e avvallamenti e creare sensuali rotondità. Con esiti molto naturali sia al tatto che alla vista. E senza rischi.

► Info

In entrambi i casi, l'intervento è ambulatoriale: dopo aver anestetizzato la zona, il chirurgo innesta il grasso o inietta il filler in profondità. Basta un'anestesia locale. Subito dopo si può tornare a casa e riprendere le normali attività. Niente cicatrici. Gli unici effetti che si possono verificare dopo il trattamento sono un modesto indolenzimento e la comparsa, talvolta, di qualche ematoma. Per quel che riguarda il lipofilling, l'effetto è visibile dopo 7-15 giorni, ma i risultati sono da considerarsi definitivi solo dopo a 3-4 mesi di distanza. Nelle prime settimane, l'organismo metabolizza, e quindi digerisce ed elimina, la porzione di grasso trasferito che non «attecchisce», in genere pari al 30-40%. Il restante 60-70% entra stabilmente a far parte dei tessuti, in modo del tutto naturale. Il risultato che promette, invece,

il filler di acido ialuronico dura da 12 a 18 mesi (dipende dalla reattività personale e dalla quantità di prodotto utilizzata), poi sarà necessario un ritocco che consenta di conservare nel tempo gli esiti ottenuti.

In un solo intervento il chirurgo plastico può «risolvere» il seno cadente e aumentare il volume inserendo una protesi

SI RITOCCHA PURE LUI

Il nome si declina al femminile, ma la chirurgia plastica non è prerogativa solo delle donne. Anzi! L'intervento più «cliccato» dagli uomini? **La liposcultura**. Obiettivo numero uno: eliminare le antiestetiche «maniglie dell'amore» su pancia e fianchi. L'importante è sottoporsi a un'accurata visita preventiva, per controllare che i depositi adiposi siano sottocutanei e non viscerali, cioè profondi, come spesso accade nell'uomo. In questo caso, infatti, la liposcultura sarebbe inutile.

Tecnica analoga anche per levigare i cuscinetti localizzati in prossimità delle ghiandole mammarie. Parliamo della **ginecomastia**, altra operazione congeniale al «sesso forte». Con un distinguo, però: la liposcultura funziona solo se si tratta di grasso in eccesso (adipomastia o pseudo ginecomastia). Se, invece, si riscontra un incremento della ghiandola mammaria (ginecomastia), si riducono le dimensioni della mammella con una mastectomia sottocutanea, per poi asportare il grasso (e la pelle) di troppo, lasciando soltanto una minuscola cicatrice intorno al capezzolo. Merito della tecnica del «round block», che consiste nella rimozione di un anello cutaneo attorno all'areola, con successiva sutura.